

令和 8 年度（2026年度） つくば市地域包括支援センター実施計画（案）

つくば市

1 地域包括支援センター運営体制

(1) センター概要

センター名	
つくば市地域包括支援センター	直営
筑波地域包括支援センター	委託
大穂地域包括支援センター	
豊里地域包括支援センター	
谷田部東地域包括支援センター	
谷田部西地域包括支援センター	
桜地域包括支援センター	
茎崎地域包括支援センター	

(2) つくば市地域包括支援センター職員配置状況

(令和 8 年度 4 月末時点)

職種	常勤	非常勤	備考
保健師	4	1	
看護師	0	3	
社会福祉士	6	2	
主任介護支援専門員	1	0	
事務職	5	2	
合 計	16	8	

※準ずる者を含む

【参考】日常生活圏域別 高齢化率（令和8年4月1日時点）

日常生活圏域	総人口（人）	高齢者人数（人）	高齢化率（％）	認定者数（人）	認定率（％）
筑波地区	16,023	6,342	39.58	1,209	19.06
大穂地区	20,382	4,442	21.79	810	18.24
豊里地区	16,356	4,137	25.29	717	17.33
谷田部東地区	68,177	9,074	13.31	1,276	14.06
谷田部西地区	55,926	8,331	14.90	1,432	17.19
桜地区	62,444	9,952	15.94	1,539	15.46
荃崎地区	22,625	8,560	37.83	1,488	17.38
住登外など				139	
市全体	261,933	50,838	19.41	8,610	16.94
参考（R7.10.1時点）			茨城県 31.2% 国 29.4%		

（３） つくば市内地域包括支援センター 担当圏域

別紙のとおり

２ 介護予防・日常生活支援総合事業

（１）前年度の取組に対する評価・実績

- ・介護予防把握事業(お元気訪問)、傾聴ボランティア事業（おうちde交流）を実施し、介護予防のための効果的な支援に繋がった。また、介護予防普及事業では、小学生教室及び介護教室を通して、若い世代に対して介護予防に関する知識について普及啓発することができた。
- ・介護予防把握事業(お元気訪問)は把握数が増加し、傾聴ボランティア事業（おうちde交流）は傾聴ボランティア活動延回数が増加しており、市民の健康増進及び介護予防の意識向上の契機となっている。

（２）課題

高齢者の介護予防のため、実態把握訪問、介護予防教室の継続的な開催や訪問型サービスC及び傾聴ボランティア事業（おうちde交流）の利用周知を継続的に実施する必要がある。

（３）課題への改善策・解消策等

委託センターと協働して実態を把握し、多くの高齢者が自身の健康意識を高め、必要に応じ適切なサービス等に繋がるよう支援する。また、引き続き幅広い広報活動を行い、傾聴ボランティアの利用者増加を目指すとともに、介護予防教室を通じた介護予防普及啓発活動を進めていく。

(4) 取組内容

介護予防・日常生活支援総合事業		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
サービス・活動事業	短期集中予防サービス (訪問型サービスC)	<運動機能向上プログラム> - 生活機能低下が認められる者に対して短期的にリハビリ職によるリハビリを実施し、生活の質の維持と改善を目指す。 <栄養改善・口腔機能向上プログラム> - 栄養・口腔機能低下が認められる方に短期的に管理栄養士・歯科衛生士による訪問指導を実施し、栄養状態や口腔状態の改善を目指す。 - 要支援認定者等への周知により、事業を推進する。	
一般介護予防事業	お元気訪問	支援を要する高齢者を早期に把握するため、国保データベース（KDB）システム等で、支援が必要な高齢者を抽出し、訪問等による相談支援や介護予防事業へのつなぎ等を行う。	
介護予防把握事業			
介護予防普及啓発事業	フレイルサポート教室	介護予防に注目したフレイルサポート教室を実施する。65歳以上の市民を対象とし、委託センターと協働して各圏域で実施する。 (全7クール、1クール2～5回)	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)		実績
	介護予防普及啓発事業	傾聴ボランティア事業 (おうちde交流)	・ひとり暮らしや閉じこもりがちな高齢者宅へ、傾聴ボランティアが伺い、傾聴を通じた交流を行う。 ・必要に応じた傾聴ボランティア養成講座の実施、利用申込者との面談、利用者とボランティアのマッチング、ボランティアの派遣、ボランティア研修会(年2回)等の実施を行う。	
	地域リハビリテーション活動支援事業	おうちdeリハ	65歳以上の高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、居宅サービス及び施設サービス並びにサービス担当者会議及び住民主体の通いの場等の介護予防の取組を総合的に支援する。	

3 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

（1）前年度の取組に対する評価・実績

- ・地域の身近な相談窓口として市内6か所に委託設置している地域包括支援センターと基幹型である直営の地域包括支援センターが連携し、年間を通して地域住民の様々な相談に対応することができた。
- ・権利擁護に関しては、成年後見制度について市民への啓発を行うとともに市長申立て及び後見人等への報酬助成を行うことで対象者の権利擁護を図ることができた。

（2）課題

- ・地域包括支援センターの周知を継続的に行う必要がある。
- ・重層的な課題を有するケースが増加してきているため、地域包括支援センターの職員の対応能力の向上と関係機関との更なる連携の強化が必要である。
- ・権利擁護については、対象者が望む生活を実現できるよう、委託地域包括支援センターと連携し、判断能力が低下する前に適切な支援を行う必要がある。

（3）課題への改善策・解消策等

- ・地域包括支援センターの体制変更及び認知度を向上させるため、周知活動を継続する。
- ・様々な課題に適切かつ迅速に対応できるよう、引き続き事例共有や関係機関との意見交換の場を設けていく。

(4) 取組内容

包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
総合相談支援事業 地域におけるネットワークの構築 実態把握 総合相談支援	・ 地域包括支援センターの広報活動を継続し認知度向上を目指す。 ・ 民生委員と連携し高齢者世帯への地域包括支援センターチラシの配布 ・ 各事業、イベントを活用して広報活動を行い、顔の見える関係性を構築する。 ・ 圏域担当者が圏域別ケア会議に参加し、地域の関係者、関係機関との連携強化を図る。 ・ 地域の社会資源の把握と活用 高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識、ハートページ、在宅医療と介護のサービスマップの内容を更新し、最新の情報の把握と活用に努める。	
	高齢者本人、ご家族、近隣住民等からの相談に対して、委託地域包括支援センターを含む関係機関等と連携し、電話や訪問等の手段を用いて実態を把握するとともに、必要に応じて適切な制度につなぐ等の支援を行う。	
	◎ ・ 地域の方々からの様々な相談に迅速かつ適切に対応できるよう、委託地域包括支援センターの後方支援を行う。 ・ 委託センターが地域の課題を把握し、圏域に応じた地域包括支援のネットワークを構築できるよう支援する。	相談対象者数： 人、相談延件数 件

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
権利擁護事業	成年後見制度の利用促進	・成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、権利擁護支援の地域連携ネットワークを強化する。 ・つくば成年後見センターと連携して相談、広報、受任者調整、後見人等への支援体制を強化する。 ・成年後見制度や意思決定支援について、委託地域包括支援センター等と連携し、市民や関係機関等に周知啓発を行う。 ・費用負担が困難な方に対して、申立ての審判請求費用助成や報酬助成の支援を行う。 ・成年後見制度の担い手の育成・活動を促進する。	
	高齢者虐待への対応	・高齢者虐待に対して、関係機関と連携し対応する。 ・継続して関係機関、民生委員、専門職等に対して周知啓発を行い、虐待防止及び早期発見の体制整備を進める。 ・ケアマネジャー、養介護施設従事者等を対象にした権利擁護、高齢者虐待の研修会を開催する。 ・つくば市虐待防止ネットワーク運営委員会の開催 ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議の開催	
	消費者被害の防止	・消費生活センターと連携し、消費者被害の未然防止に努める。 ・消費者被害が疑われるケースを確認した場合は、消費生活センター及び委託地域包括支援センターと連携して対応する。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
包括的・継続的 ケアマネジメント支援事業	包括的・継続的な ケア体制の構築	・圏域別ケア会議を実施する各センターの運営を支援する。 (市内全圏域 計18回) ・事例提示を介護支援専門員、リハビリ職に依頼し、各圏域の地域課題抽出に向けた事例検討を実施していく。 ・「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」の内容の更新 行い介護支援専門員へ配布をすることで、介護支援専門員が介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるよう支援する。	
	地域における介護支援 専門員のネットワーク の活用	つくばケアマネジャー連絡会の運営面の支援を行う。また、関係機関との連携を図る。	
	日常的な 個別指導・相談	・介護支援専門員に対する個別相談の対応、居宅サービス計画の作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な見地からの個別指導、相談対応を行う。 ・介護支援専門員の資質向上を図る観点から、事例検討会や研修の実施、制度や施策等に関する情報提供を行う。	介護支援専門員からの相談件数 件 (同行訪問 件)
	支援困難事例等への 指導・助言	・介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行う。	

	計画	実績
(5) 地域包括支援センター 認知度向上のための取組	市ホームページや広報紙での周知の他、区会回覧や民生委員児童委員連絡協議会での説明を通して広く周知する。	

	計画	実績
(6) センター職員の資質向上に 向けた取組	・センター職員の資質向上のため、定例会において関係機関等による研修会や意見交換会の機会を設定する。 ・地域包括支援センター職員基礎研修等の受講支援を行う。	

4 包括的支援事業（社会保障充実分等）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・在宅医療・介護連携推進事業において、各種冊子の作成・配布等での周知や、講演会においてお看取りを経験されたご家族とその医療・福祉職からの体験談を伝える機会を設けられたことで、市民に在宅医療についてより身近感じてもらうことができた。さらにACP（人生会議）やエンディングノート等を取り扱った、市民向けの終活講演会の開催や、ACPの普及・啓発を実施することができた。
- ・生活支援体制整備推進会議について、スケジュール案を共有し、今後どのような方向で協議を推進するか方向性を定め理解を得ることができた。
- ・認知症関連の事業では、認知症サポーターがボランティアとして地域で活動できる仕組みを構築し、啓発活動や認知症カフェ、啓発物品作成のチームがそれぞれ活動できた。啓発物品作成チームは認知症地域支援推進員と一緒に横断幕の作成にも参加した。また、市民向け認知症啓発講座では、外部講師や企業の協力を得て、市民のニーズが高い認知症予防、食事、運動、認知症の理解を深める講座などを実施し、リピーターだけでなく、働く世代の参加者も増加し、市民にとって有益な学びの場となった。
- ・市地域ケア会議において、圏域別ケア会議から課題抽出された「介護力」「認知症・精神疾患」の地域課題について、多職種による協議を行った。その結果「市民の介護リテラシーの向上」「窓口の支援力強化」に課題が集約され、高齢者の相談窓口周知と、市民を適切な相談窓口へ円滑に案内することを目的として、市民向けポスター及び関係機関向け相談窓口一覧を作成した。

(2) 課題

- ・在宅医療とACP（人生会議）の認知度向上のため、継続した普及啓発が必要である。
- ・生活支援体制整備事業では、今後も協議を継続し、高齢者の自立した日常生活とそのための活動の選択という観点に基盤を置き、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせ、各圏域での支え合いの仕組みづくりに向けた協議を継続していく必要がある。
- ・周知活動を行っているが、認知症を正しく理解できていない、また、困った時の相談先がわからないという市民はまだ多い。また、市で実施している、認知症カフェや本人・家族交流会、SOSネットワーク事業等認知症に関する情報も伝わりにくい状況である。
- ・市地域ケア会議は、圏域別ケア会議から抽出された地域課題について、議論を具体化し、地域課題の解決に向けた地域づくり、資源開発、政策形成につなげていく必要がある。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・在宅医療・介護連携推進事業において、在宅医療等に関する研修・意見交換を企画及び実施する。
- ・生活支援体制整備事業では、第1層、第2層ともに、情報共有や専門職の抱える課題の協議を通して、多様な主体の活用により、住民の活動推進・地域包括ケアシステムの構築を推進する。
- ・認知症高齢者等SOSネットワーク事業、及びおでかけ見守りシール、並びに認知症等高齢者等個人賠償責任保険の周知を行い、地域の協力者を募りながら、認知症の人やその家族が安心して生活できるような支援を検討していく。
- ・市地域ケア会議では、引き続き圏域別ケア会議から抽出された地域課題について協議を進め、地域づくり、資源開発、政策形成につなげていく。

(4) 取組内容

包括的支援事業（社会保障充実分）	実施計画 （重点的に取り組む内容に◎）	実績
在宅医療・介護連携推進事業	・在宅医療・介護連携推進協議会 2回開催 ・在宅医療・介護連携推進協議会実務部会 4部 10回開催 <地域住民への普及啓発> ・在宅医療・介護の講演会の開催 ・終活講演会の開催 ・委託地域包括支援センターと連携し、在宅医療・介護出前講座を開催 ・在宅医療・介護オンデマンド講座の配信 ・ACP(人生会議)普及・啓発 ◎<住民向け冊子の発行/配布> ・わたしの生き方ノート（エンディングノート） ・わたしの大切な情報カード ・在宅医療と介護のサービスマップ ・介護保険情報誌ハートページ <医療・介護関係者への意見交換会、研修会等> ・専門職向け連携ツール「連携タイム」の活用促進 ・多職種連携意見交換会の開催	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
生活支援体制整備事業		<第1層協議体> ・第1層協議体（市全体レベル）で会議を開催し、各圏域で行う「地域支えあい会議」と連携しながら、地域課題に対する具体的な議論を展開し、発信・提案、政策形成や資源開発等につなげていく。 ・ケアマネジメントとの連携を図り、高齢者の生活を支える生活支援体制を整備する。	
	◎	<第2層協議体> ・つくば市社会福祉協議会に委託し、市内7圏域に生活支援コーディネーターを配置し、「地域支えあい会議」を開催する。 ・地域住民同士の話し合いの場から、取組事例を共有し、解決すべき地域課題を導き出し、住民主体の支えあい活動の創出を支援していく。 ・地域資源やニーズを整理し、情報提供やマッチング、情報の可視化を促進していく。	
認知症関連事業		<認知症初期集中支援事業> ・認知症初期集中支援チームの運営 委託しているとよさと病院及び委託地域包括支援センターと連携しながら、認知症の相談対応を行う。 <認知症地域支援・ケア向上> ・認知症地域支援推進員を配置し、連携を強化しながら認知症施策への取組体制を構築する。	
認知症総合支援事業関連	◎	・つくば市キャラバン・メイト連絡会と認知症地域支援推進員会議を合同開催とし、認知症関連の事業を連携しながら実施する。 ・本人ミーティング、家族ミーティングの支援を行う。 ・認知症カフェの運営支援（8か所）を行う。 ・市民向けに認知症ケアパスの配布 ・市民向け、専門職向けの認知症研修会の開催（年間2～3回） ・認知症啓発活動を行う。（市内商業施設、他外部イベント等） ・認知症お困りごとメール相談(とよさと病院が相談対応)	

	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
認知症関連任意事業等	◎ <認知症サポーター等養成事業> ・幅広い世代へ認知症の理解を深めるため、キャラバン・メイトと協力しながら、引き続き認知症サポーター養成講座を実施する。 ・認知症サポーターボランティアの活動支援を行う（オレンジカフェ、啓発活動、認知症関連物品作成）。 ・認知症サポーター向け講座、認知症サポーターを対象としたステップアップ講座を開催する。 ・チームオレンジの設置を目指す認知症サポーターボランティアを対象としたステップアップ講座を実施する。 ・年1回以上は、チームオレンジの活動確認や、フォローアップ研修を実施していく。 <認知症高齢者等見守り事業> ・認知症高齢者等、偶発的な事故に対する認知症高齢者等個人賠償責任保険を導入する。 ・認知症高齢者等SOSネットワーク事業、認知症支援メールの周知、拡大を行う。 ・市民、医療・介護の専門職に「おでかけ見守りシール」の周知する。	

	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
地域ケア会議推進事業	<つくば市地域ケア会議（市全体レベル） 年2回> ・圏域別ケア会議の上部に存在する会議として位置づけし、圏域別ケア会議で抽出された課題について協議し、地域資源の開発や政策提言につなげる。 <圏域別ケア会議（委託センターが実施） 年18回> ・圏域別ケア会議を実施する各委託センターの運営を支援する。 ・個別ケースの検討で課題解決を重ね、評価検証を行うと共に、地域共通の要因を抽出し、地域づくりや新たな資源開発につなげる。 ◎ <つくば市自立支援型個別ケア会議（市が実施） 月1回> ・要支援者等の生活行為の課題等を明確にし、課題の解決等を行うことで、状態改善、自立支援、重度化予防及び生活の質の向上につなげる。 <クイックケア会議（委託センターが実施） 随時> ・委託地域包括支援センターが中心となり、早期検討が必要なケースを協議する。 <地域課題評価会（市が実施） 年1回> ・ケア会議から抽出された課題分類について、地域課題を整理し、事業への取り組みの方向性を考える評価会議を実施する	

5 任意事業

(1) 取組内容

任意事業		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
任意事業	家族介護支援事業	<家族介護のための講座> 介護準備や実際の介護方法などについてテーマ別講座を実施する。 <小学生向けの高齢者理解講座> 若年層（小学生）向けに高齢者への理解を深める講座を実施する。認知症サポーター養成講座とタイアップする。	

令和 8 年度（2026年度） 筑波地域包括支援センター実施計画（案）

社会福祉法人 恵愛会

1 職員配置状況

(令和8年度4月末時点)

職種	常勤	非常勤	備考
保健師※	1	0	
社会福祉士※	1	0	
主任介護支援専門員※	1	0	センター長兼務
その他職員 ()	0	0	
合 計	3	0	

※準ずる者を含む

【参考】日常生活圏域別 高齢化率(令和8年4月1日時点)

日常生活圏域	総人口(人)	高齢者人数(人)	高齢化率(%)	認定者数(人)	認定率(%)
筑波圏域	16,023	6,342	39.58	1,209	19.06
市全体	261,933	50,838	19.41	8,610	16.94

2 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・介護予防把握事業(お元気訪問)は、対象者の訪問を通じて本人や家族の状況を確認し、課題点があった場合、定期的な訪問に繋げて支援を実施。
- ・フレイルサポート教室では開催回数を増やし、様々な情報を提供。

(2) 課題

- ・フレイルサポート教室では、参加申し込みに対し、欠席する方の割合が多かった。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・参加申込時には、初回の日時を確認、参加日にはチラシを持ち帰っていただくことで、開催日時が確認できるような対策を講じる。

(4) 取組内容

介護予防・日常生活支援総合事業			実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	一般介護予防事業	お元気訪問	対象となった方の訪問を通じて、健康状態や日常生活の状況を確認、状況の変化や困りごとを丁寧に確認することで必要な情報の提供や支援の提供に繋げる。	
	介護予防把握事業			
	介護予防普及啓発事業	フレイルサポート教室	フレイル（虚弱）予防の知識を多くの方に広める為、地域の方への回覧や楽しく学べる工夫で開催していく。地域のケアマネジャーの協力も仰ぎ、講座の協力や広報を依頼していく。	

3 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・虐待対応において、介護支援専門員からの通報に対し、常に情報共有・連携することで支援を行うことができた。
- ・生活支援コーディネーターや民生委員からの相談に対して、同行訪問や協力を仰ぎ、支援を行うことができた。

(2) 課題

- ・相談支援において地域住民の関わりが重要となり、住民との関わりを包括職員が持つこと。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・民生委員児童委員協議会やふれあい相談員懇談会、かわら版等の配布先で包括職員が関わることにより、相談がしやすい関係をつくっていく。

(4) 取組内容

包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
総合相談支援事業	地域における ネットワークの構築	広報誌やかわら版の配布で、地域関係職員と繋がりを持ち、相談協力体制を作る。様々な講座を通じて、地域関係者へ協力を仰ぐことでネットワークを構築していく。	
	実態把握	地域の関係者や関係各所と連携し、実態の把握に努め、対応していく。訪問を通じて本人や家族、背景にある問題点や課題点を確認、把握していく。	
	総合相談支援	◎ 個々の相談から問題点や課題点を確認し、包括内で支援方法や情報を統一し、対応に当たる。地域関係者や専門機関と連携することで複合的な課題のある相談にも対応していく。	相談対象者数： 人、相談延件数 件

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
権利擁護事業	成年後見制度の利用促進	地域住民や民生委員、介護支援専門員、相談支援専門員といった本人の身近な支援者とのネットワークを通じ、成年後見制度を必要な人が必要な時に利用できるよう努める。	
	高齢者虐待への対応	◎ 高齢者虐待に関する周知・広報を行い、秘匿性に留意した相談しやすい窓口化を図る。虐待の経緯を分析し、被虐待者のみならず、養護者支援を継続的に実施する。虐待の兆候が現れた場合は、速やかに市に通報・常時連携に努め、状況について分析し、虐待の有無を検証する。	
	消費者被害の防止	資料等の設置による啓発活動の実施と併せて、被害や疑わしい事例について早期対応ができる体制を整える。日常の相談対応の中で、消費者被害の現状把握・被害や疑わしい事例の対応や結果をセンター内で共有し資質向上を図る。近隣の情報や最新の情報を介護支援専門員等へ周知し、消費者被害の防止に努める。	
	包括的・継続的 ケアマネジメント支援事業	圏域別ケア会議開催に際し、様々な専門職に参加を呼びかけ、関係性ができるよう支援していく。地域の専門職が集まる場へ参加することで関係を構築し、介護支援専門員との連携支援を図る。	
	包括的・継続的な ケア体制の構築		
	地域における介護支援専門員のネットワークの活用	つくばケアマネジャー連絡会へ参加し、情報収集を行う。既存のネットワークを活用し、情報提供を行っていく。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	日常的な個別指導・相談	個別事例に対し、相談しやすい体制や協力姿勢で同行訪問、クイック会議と対応していく。ケアマネジメント過程で生じた問題に対し、市と相談しながら支援を行っていく。	介護支援専門員からの相談件数 件 (同行訪問 件)
	支援困難事例等への指導・助言	センター内の意見交換や市へ相談しながら対応していく。地域住民や関係者を巻き込み、支援を実施する。継続的な支援を実施し、事例の変化等に合わせて助言を行っていく。圏域別ケア会議への事例提示で支援方法を探る。	

	計画	実績
(5) 地域包括支援センター 認知度向上のための取組	毎月のかかわら版作成、広報誌を関係先（医院、郵便局、商店等）に配布し、地域住民の目に留まるよう活動する。 ホームページへの掲載。	

	計画	実績
(6) センター職員の資質向上に向けた取組	専門的な技術の向上等、業務に必要な知識の習得の為に研修等には積極的に参加し、包括内で研修情報を共有します。法人内研修にも参加し、包括職員の資質向上を目指します。	

(7) 業務継続計画（BCP）に関する取組	大規模災害等が発生した場合、必要な支援が継続できるよう体制を構築、必要な備品、物資の確認に努め、業務継続計画（BCP）に基づいた研修、訓練を実施し、計画の見直しを行っていく。
-----------------------	---

4 包括的支援事業（社会保障充実分等）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・生活支援コーディネーターに協力を仰ぐことで、「出前講座」や「認知症サポーター養成講座」をサロンやシルバークラブで開催することができた。又、圏域の住民向けにも開催し、サロン等へ参加していない方の参加ができた。
- ・圏域別ケア会議では本人の参加ができて、支援方法と共に本人の自覚を促す事ができた。

(2) 課題

- ・圏域別ケア会議では、民生委員の参加以外の住民参加が無く、専門職間の会議となっている。地域課題や解決が専門職中心となっている。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・事例に関わる地域住民への参加を広く呼びかけ、関係者と地域住民との関わりを作っていく。

(4) 取組内容

包括的支援事業（社会保障充実分）		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
在宅医療・介護連携推進事業		在宅医療・在宅介護の出前講座を開催する機会を設ける。医療機関と介護支援事業所が連携し、地域住民の支援を行うことができるよう活動していく。	
		第1層協議体や第2層協議体に参加し、地域の状況把握に努める。生活支援コーディネーターと連携し必要な会議へ参加、地域の方々と交流し、事業の広報を行っていく。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
認知症関連事業		認知症の方が住み慣れた地域で生活ができるよう、家族の方等に認知症に関する情報提供を実施し、必要に応じて医療機関受診や認知症初期集中支援チームに繋ぎ、連携し対応していく。 また、認知症カフェや関連する事業への参加、協力を行う。	
	認知症総合支援事業関連		
	認知症関連任意事業等	認知症サポーター養成講座を開催し、圏域住民のサポーター養成者数を増やしていく。	
地域ケア会議推進事業		圏域別地域ケア会議を開催し、専門職が抱える困難事例を協議することで、地域関係者との連携強化を図る。関係者や地域住民の参加を呼びかけネットワークの構築を図る。	

令和 8 年度（2026年度） 荃崎地域包括支援センター実施計画（案）

社会福祉法人 つくば市社会福祉協議会

1 職員配置状況

(令和8年度4月末時点)

職種	常勤	非常勤	備考
保健師※	1		
社会福祉士※	2		
主任介護支援専門員※	1		センター長兼務
その他職員（介護支援専門員）		1	
合 計	4	1	

※準ずる者を含む

【参考】日常生活圏域別 高齢化率（令和8年4月1日時点）

日常生活圏域	総人口（人）	高齢者人数（人）	高齢化率（％）	認定者数（人）	認定率（％）
荃崎圏域	22,625	8,560	37.83	1,488	17.38
市全体	261,933	50,838	19.41	8,610	16.94

2 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・請求件数は、介護予防支援1,604件、介護予防ケアマネジメント1,220件、計2,824件となっている(月平均235件)。
- ・78名延べ107件のお元気訪問と、フレイルサポート教室を4回行った。

(2) 課題

- ・件数が伸び続けており、委託する居宅介護支援事業所が追いついていない。
- ・介護予防に対する意識に個人差がある。フレイルの早期発見が難しい。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・新規事業所の開拓。近隣の市町村の事業所にも依頼している。
- ・お元気訪問は、介護予防につながる。出前講座等で啓発することが、地域の見守りの目を増やすことになる。

(4) 取組内容

介護予防・日常生活支援総合事業			実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	一般介護予防事業	お元気訪問	①サービス未利用・認定期限切れ 【4月～6月】 ②健康状態不明者【7月～9月】 ③低栄養・オーラルフレイル 【10月～12月】 ④介護認定非該当者【1月～3月】	
	介護予防把握事業			
	介護予防普及啓発事業	フレイルサポート教室	場所：荃崎農村高齢者交流センター 時間：10時から12時 日にち：10/6、10/13、10/20、10/27	

3 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

・相談対象者936人に対し、1,881件の相談対応を行った。迅速かつ丁寧な対応ができた。成年後見制度の利用促進では、成年後見センターと特に連携を行った。生活支援コーディネーターとも連携し、地域の課題を共有することができた。

(2) 課題

・対象者自身に問題意識が無く、親族も不在の場合等は、支援の糸口が見つからない場合も多い。地域の相談窓口としての認知度を更に高めていきたい。

(3) 課題への改善策・解消策等

・直接支援にはつながらない場合にも、関係機関で役割分担を行い、事例が埋もれたり、重度化することが無いように見守り活動を行う。

(4) 取組内容

包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
総合相談支援事業	総合相談支援事業	・地域の身近な相談窓口として、センターの存在と役割をより多くの住民に知ってもらう。 ・個別事例を通して、地域の関係者、関係機関との連携を強化する。	
	地域におけるネットワークの構築		
	実態把握	・独居高齢者や高齢者世帯、サービス未利用の方を中心に、見守り訪問を実施する。	
	総合相談支援	◎ 地域の身近な相談窓口として、各種相談に随時対応する。	相談対象者数： 人、相談延件数 件

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
権利擁護事業		◎	
	成年後見制度の利用促進		
	高齢者虐待への対応		
	消費者被害の防止		
包括的・継続的 ケアマネジメント支援事業			
	包括的・継続的な ケア体制の構築	・つくば市地域ケア会議への出席 ・茎崎圏域ケア会議の開催 ・自立支援型個別ケア会議への出席 ・クイックケア会議の開催及び出席	
	地域における介護支援専門員のネットワークの活用	・つくばケアマネジャー連絡会及び役員会への参画	
	日常的な個別指導・相談	・介護支援専門員からの相談に対しては、随時対応していく。 ・必要に応じて、同行訪問を行い、担当者会議を開催する。	介護支援専門員からの相談件数 件 （同行訪問 件）
	支援困難事例等への指導・助言	・相談者の気づきを促すような対応を取る。必要に応じて、関係者間での役割分担を行い支援にあたる。	

(5) 地域包括支援センター 認知度向上のための取組	計画	実績
	・センター独自のチラシを用いて、相談受付時や訪問時に説明する。 ・出前講座等を行い、センターの役割等を周知する。	
(6) センター職員の資質向上に向けた取組	計画	実績
	・会議や研修会等への参加の機会を確保し、資質向上を図る。	
(7) 業務継続計画（BCP）に関する取組	・災害発生時に、適切な対応を行い、その後も必要なサービスが継続して提供できるように、法人とともに体制を整える。 ・法人とともに、感染症の予防及びまん延防止と、虐待防止のための対策として、委員会を設置し研修等の開催と参加を行う。	

4 包括的支援事業（社会保障充実分等）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

・多職種連携意見交換会に出席し、多職種の役割について学び、連携に役立つ顔の見える関係が構築できた。出前講座では、在宅医療と介護について啓発を行うことができた。生活支援コーディネーターとも連携を取ることができた。

(2) 課題

・出前講座は、目標の 2 回を開催するのがやっとだった。回数を多くするだけでなく、地域の相談窓口としての認知度を高めつつ、地域に広く伝わるような講座にしたい。

(3) 課題への改善策・解消策等

・講座に参加した方はもちろん、参加した方が持ち帰り、身近な人に伝えられるように意識して開催したい。出前講座の開催についても、生活支援コーディネーターと協力していく。

(4) 取組内容

包括的支援事業（社会保障充実分等）	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
在宅医療・介護連携推進事業	・出前講座を開催し、在宅医療・介護連携について啓発を行なう。 ・在宅医療・介護連携推進協議会及び多職種連携意見交換会に参加する。	
生活支援体制整備事業	◎ ・生活支援体制整備推進会議への出席 ・地域支えあい会議への出席 ・生活支援コーディネーターとの協働	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
認知症関連事業	認知症総合支援事業関連	・ 認知症地域支援推進員会議への出席 ・ 認知症初期集中支援チームと連携した対応を行う ・ オレンジカフェinくきざきへの出席	
	認知症関連任意事業等	・ 認知症サポーター養成講座等への協力	
	地域ケア会議推進事業	・ つくば市地域ケア会議への出席 ・ 茎崎圏域毛会議の開催 ・ 自立支援型個別ケア会議への出席 ・ クイックケア会議の開催及び出席	

令和 8 年度（2026年度） 大穂地域包括支援センター実施計画（案）

医療法人社団 筑波記念会

1 職員配置状況

(令和8年度4月末時点)

職種	常勤	非常勤	備考
保健師※	1		
社会福祉士※	2		
主任介護支援専門員※	1		センター長兼務
その他職員 ()			
合 計	4		

※準ずる者を含む

【参考】日常生活圏域別 高齢化率(令和8年4月1日時点)

日常生活圏域	総人口(人)	高齢者人数(人)	高齢化率(%)	認定者数(人)	認定率(%)
大穂圏域	20,382	4,442	21.79	810	18.24
市全体	261,933	50,838	19.41	8,610	16.94

2 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・国保データベース(KDB)によるお元気訪問(介護予防把握事業)を実施し、訪問により相談や支援につなげることができ、早期発見・早期対応を図ることができた。
- ・介護予防教室「フレイルサポート教室」を開催し、認知症や運動療法の専門職の協力を得て介護予防に必要な知識の普及や具体的な取り組みについて情報発信することができた。また住民からの要望で出前講座を開催できた。

(2) 課題

- ・介護予防教室の参加者が少ない。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・介護予防教室では人数を増やすため周知方法や内容を工夫し新たな参加者を増やしていく。住民や家族介護者の知識の普及や集いの場所として、また介護予防普及のために継続していく。

(4) 取組内容

介護予防・日常生活支援総合事業			実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	一般介護予防事業	お元気訪問	大穂圏域内の国保データベース（KDB）から抽出された介護保険未利用者及び期限切れ者、健康状態不明者、低栄養・オーラルフレイル該当者及び介護保険非該当者へのお元気訪問により健康状態を把握するとともに、健康の維持・増進を図り介護予防に資する支援を行う。	
	介護予防把握事業			
	介護予防普及啓発事業	フレイルサポート教室	◎ 「フレイルサポート教室」を開催し、介護予防に資する支援を行う。また総合相談の内容に応じて、介護予防教室等への参加を促す。各教室等の開催にあたっては、開催時期・周知方法を見直し、継続して参加できる内容を検討する。 地域住民の要望を把握し、出前講座の開催など介護予防に通じる活動を実施する。 つくば市リハビリ活動支援事業「おうちdeリハ」、傾聴ボランティア事業「おうちde交流」等の活用推進を行う。	

3 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・ハートページやサービスマップなどを活用し、知識の普及・情報発信・ネットワーク構築を図った。個々の相談に対し必要時には各専門機関と十分に連携を図ることができた。
- ・圏域の介護支援専門員同士の意見交換会を開催し、業務における課題の共有や情報交換を行うことができた。
- ・権利擁護に関する対応において、成年後見センターと協働し、後見制度利用促進を図ることができた。
- ・圏域別ケア会議の終了後に介護支援専門員同士の情報交換の機会を設け、圏域の介護支援専門員間の情報交換や疑問解決を図った。忌憚のない意見が出され相互に有意義な情報交換会となった。
- ・年度途中で職員の入退職や異動が重なった。一時、主任介護支援専門員が欠員となったが、在職の社会福祉士が主任介護支援専門員研修を受講したことで3職種をそろえることができた。

(2) 課題

- ・個々の相談に丁寧に対応することを大事にしているが、職員の相談援助技術に差があるなど、センター内のチーム連携に課題がある。各関連機関でのワンストップ相談対応やスムーズな連携体制の構築、相談援助技術の平準化が求められる。
- ・特に高齢者虐待や身寄りのないケース、協力可能な親族がいないケースなどにおいては、委託地域包括支援センターだけでは解決が困難であるため、専門機関との協働が不可欠となる。さらなるネットワーク構築を図り、それぞれの専門機関の役割を明確化し、協働する必要がある。
- ・地域住民が困っているが対象者は困っておらず支援受け入れ拒否などの場合には、課題分析や達成目標を専門的見地から明確にし、それを地域住民と共通理解を得る必要がある。地域住民と良好な関係性構築と連携が図れるよう、粘り強く関わっていく必要がある。
- ・総合相談においては切れ目のない支援継続に務めたが「大穂豊里地域包括センターだより」の発行ができなかった。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・インフォーマルなネットワークを十分に活用し、多重課題・支援困難なケースに多職種で支援ができる体制を強化するため、センター内の対応力強化を図り、地域包括支援センター定例会などで課題解決に向けて検討を重ねていく。
- ・センター内での役割分担、専門性の向上、対応力の平準化を図り、3職種が連携して対応できるように取り組む。
- ・地域住民や介護支援専門員から抽出される地域課題について、生活支援コーディネーターとの連携を協働し解決を図っていく。
- ・令和8年度より「大穂」地域包括支援センターとなり、担当圏域が縮小することでこれまで十分にできなかった住民団体への周知や地域資源の把握など地域理解を深め、積極的に地域に出向いていく機会を増やす。

(4) 取組内容

包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
総合相談支援事業 地域における ネットワークの構築 実態把握	・地域包括支援センター（以下、センター）の広報活動を継続する。 「大穂地域包括支援センターだより」の定期発行、周知活動の継続 ・大穂圏域ケア会議、個別ケア会議を活用した地域の関係者、関係機関との連携強化を図る。 ・地域の社会資源を把握し、十分に活用する。 ・「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」「ハートページ」「在宅医療と介護のサービスマップ」を活用し地域の関係機関との共有、また相談等で地域のインフォーマルな機能を把握し連携できるよう関係構築を図る。 ・日々の相談等を通じて、関係機関や介護支援専門員をはじめ、民生委員等地域の関係者と協働して必要な実態把握を行う。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	総合相談支援	・個々の相談に丁寧に対応し、多職種多機関と十分に連携し、迅速かつ専門性の高い対応ができるよう配慮して総合相談支援を行う。 ・地域包括支援課の地区担当職員とケース共有をしていき、圏域の課題共有、相談支援の協働をする。 ◎ 地域包括支援センター定例会に参加し、他のセンターとの情報や課題共有、事業の現況評価を行う。各センターでの情報交換を通して、地域づくりや課題解決に取り組む。また、定例会内での勉強会を通し、質の高い相談支援を提供できるようにする。 ・「大穂地域包括支援センターだより」の発行	相談対象者数： 人、相談延件数 件
	権利擁護事業	・成年後見制度のパンフレット等を活用し、住民への啓発と利用促進に努める。 ・制度の活用が必要と思われる高齢者や親族等に対し、制度の説明をし、成年後見センターの紹介を行い、成年後見センターや市との連携を図る。	
	成年後見制度の利用促進		
	高齢者虐待への対応	・つくば市高齢者虐待防止マニュアルに基づいた対応を行う。 ・パンフレット、「大穂地域包括支援センターだより」を活用し、住民や地域の介護支援専門員等に対し虐待の早期発見と予防を図る。 ・市が主催する権利擁護研修会や虐待防止ネットワーク実務者会議等に参加し、質の向上や関係者とのネットワーク作りに努める。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	消費者被害の防止	・研修の参加等で職員の知識を高め、また「ひばりくん防犯メール」や国民生活センターの情報に留意して、消費者被害の防止を図る。 ・「大穂地域包括支援センターだより」で情報発信し予防啓発を図る。 ・被害が疑われる事例を発見した際には、消費生活センター等との連携、ケアマネジャー連絡会への情報発信等を行い被害拡大防止や問題解決を図る。	
包括的・継続的 ケアマネジメント支援事業	包括的・継続的な ケア体制の構築	・大穂圏域ケア会議を年3回開催し、必要時に個別ケア会議を積極的に開催し、地域包括ケアシステムの構築や地域課題の解決に向けて協働する。 ・専門医療機関や施設との情報共有や連携を強化し、大穂圏域内の医療・保険・福祉サービスを、介護支援専門員が行う利用者支援に活かせるように支援する。 ・「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」の活用について、地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員へ普及啓発を図る。 ◎	
	地域における介護支援専門員のネットワークの活用	・つくばケアマネジャー連絡会に参加協力するとともに、積極的に参画する。 ・介護支援専門員への情報発信を積極的に行い、日頃の情報共有や災害時などの協力体制など、地域の介護支援専門員との連携体制をつくる。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	日常的な個別指導・相談	- 介護支援専門員に対する支援：居宅サービス計画作成及びサービス担当者会議の開催支援、個別ケア会議等、専門的な見地からの個別相談対応を行う。 - 居宅介護支援事業所の介護支援専門員との関係を良好に保ち、要支援認定者・事業対象者の対応や職域での課題を共有し解決に向けて協働する。	介護支援専門員からの相談件数 件 (同行訪問 件)
	支援困難事例等への指導・助言	介護支援専門員が抱えている支援困難事例の相談に対し、センター内で十分に協議を行い、対応方法等の助言をする。	

(5) 地域包括支援センター認知度向上のための取組	計画	実績
	「大穂地域包括支援センター」チラシを作成、関係機関、民生委員やふれあい相談員、訪問時に住民へ配布し周知を図る。 「大穂地域包括支援センターだより」を定期発行し、情報発信する。 - 地域住民の集まる場や公共施設へ積極的に向き、センターの機能役割について情報発信する。	

	計画	実績
(6) センター職員の資質向上に向けた取組	・各職員の業務上の課題や目標設定を行い、定期的に振り返り評価を行う。 職種の専門性を活かし自発性、積極性が発揮できるように支援する。 ・センター内研修を積極的に実施し、各職員の相談援助技術向上を目指す。	
(7) 業務継続計画（BCP）に関する取組	・ 緊急時対応(災害時含む) 緊急時においては緊急時対応マニュアル及び母体法人の災害マニュアルに沿ってセンターの運営を図る。市と連携してBCP（事業継続計画）を整備し、災害時も可能な限り業務継続及び速やかに業務の再開ができ、地域支援ができるよう体制を構築する。 ・ 感染症対策 感染症拡大防止や地域住民の安心安全を確保するために、母体法人の感染症対策や自センターのBCP(業務継続計画)に沿ってセンターの運営を図る。また、地域住民への周知活動により正しい理解と予防知識の普及に努める。	

4 包括的支援事業（社会保障充実分等）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・市が進める在宅医療・介護連携推進事業に参画し、住民向けの普及啓発活動やエンディングノートの配布に協力できた。多職種連携意見交換会に参加し、多職種での意見交換や課題解決について検討できた。
- ・住民向け出前講座（在宅医療・介護啓発講座）に講師として参加した。
- ・第2層協議体会議（地域支えあい会議）、地域見守りネットワーク事業ふれあい相談員懇談会に参加し、地域課題の把握や生活支援コーディネーターとの課題共有ができた。
- ・認知症カフェ（オレンジカフェinおおほ）を毎月開催し、居場所づくりや相談対応を実施した。また認知症地域支援推進員を配置し認知症サポーター養成講座や啓発活動に参加した。
- ・認知症や精神疾患に関連する相談では、専門医療機関や認知症初期集中支援チームとの連携を図りながら、多職種協働で対応することができた。時には地域住民との連携も必要になり、新たなネットワークを構築することができた。
- ・圏域別ケア会議を年3回、クイックケア会議を12回開催した。圏域別ケア会議では多職種が参加され、課題解決に多様な意見が出て有意義な会議となった。
- ・圏域別ケア会議では多職種との事例検討を通じて地域課題を抽出、課題解決に向けての検討を市と協働して行った。

(2) 課題

- ・生活支援体制整備事業において、生活支援コーディネーターとの情報共有や課題解決に向けた意見交換や検討の機会が少なかった。
- ・職員の入退職や異動に伴い、各事業の理解や事業への参画が不十分だった。
- ・認知症カフェは参加者が固定化しており、新たな参加者が増えていない。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・地域住民や介護支援専門員から抽出される地域課題について、生活支援コーディネーターとの連携を協働し解決を図っていく。
- ・センター内研修や伝達講習を実施し、すべての職員が各事業を理解し連携して業務を進めることができるようにする。

(4) 取組内容

包括的支援事業（社会保障充実分）	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
在宅医療・介護連携推進事業	・市地域包括支援課が主催する会議や研修会、講演会等に参加し、連携の強化に努める。 ・医療機関への積極的な働きかけを実施し、医療と介護の連携の推進を図る。 ・地域住民へ向けて在宅医療・介護の普及啓発活動を積極的に行う。 ・エンディングノート（わたしの生き方ノート）を広く周知し活用促進を図る。	
生活支援体制整備事業	◎ ・第1層協議体会議、第2層協議体会議に参加協力し、地域の一員として、また生活支援コーディネーターと連携しながら事業の促進を図る。 ・総合相談、地域ケア会議、介護支援専門員の意見交換会等から抽出された地域課題について生活支援コーディネーターと常に共有し協働して課題解決を図る。	
認知症関連事業 認知症総合支援事業関連	・認知症ケアパスの普及や認知症初期集中支援チームとの連携等を通して事業推進を図る。 ・オレンジカフェを開催(年12回)し、認知症の予防や知識の普及に努め、地域の高齢者の新たな居場所として周知を図る。 ・認知症地域支援推進員の配置により、市と連携を図りながら認知症施策の取組みに参画する。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	認知症関連任意事業等	・ 認知症サポーター養成講座の開催への協力等	
	地域ケア会議推進事業	・ つくば市地域ケア会議 市地域包括支援課が主催するつくば市地域ケア会議に参加協力する。 ・ 圏域別ケア会議：年3回開催 大穂圏域別ケア会議を開催し、地域課題の発見・課題解決に努める。 必要に応じて個別ケア会議を積極的に開催し、課題解決を図る。 大穂圏域別ケア会議から抽出された地域課題を分析し、地域で実践できるように取り組む。 ・ つくば市自立支援型個別ケア会議 市地域包括支援課が主催する会議に出席し、要支援認定者の課題検討を行い、自立支援・重度化予防及び高齢者の生活の質の向上につなげることができるよう必要な援助を行う。	

令和 8 年度（2026年度） 谷田部西地域包括支援センター実施計画（案）

社会福祉法人 筑南会

1 職員配置状況

(令和 8 年度 4 月末時点)

職種	常勤	非常勤	備考
保健師※	1	0	
社会福祉士※	2	1	
主任介護支援専門員※	1	0	センター長兼務
その他職員 ()	0	0	
合 計	4	1	

※準ずる者を含む

【参考】日常生活圏域別 高齢化率 (令和 8 年 4 月 1 日時点)

日常生活圏域	総人口 (人)	高齢者人数 (人)	高齢化率 (%)	認定者数 (人)	認定率 (%)
谷田部西圏域	55,926	8,331	14.90	1,432	17.19
市全体	261,933	50,838	19.41	8,610	16.94

2 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・お元気訪問では、支援が必要な高齢者を把握し、市と連携しながら訪問による相談支援や介護予防事業へのつなぎを実施した。
- ・フレイルサポート教室、出前講座では、総合相談の内容に応じた介護予防の普及啓発を行うとともに、地域住民のニーズを把握したうえで出前講座を実施した。

(2) 課題

- ・支援が必要にもかかわらず、表に出てこない高齢者へのアプローチが難しい
- ・住民のニーズが多様化しており、画一的な普及啓発では参加につながりにくい

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・出前講座のテーマや開催形式を住民ニーズに合わせて柔軟に設定し、参加しやすい環境づくりを進める。

(4) 取組内容

介護予防・日常生活支援総合事業			実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	一般介護予防事業	お元気訪問	市で高齢者台帳や国保データベース（KDB）システム等から抽出した谷田部西圏域内の支援が必要な高齢者を把握し、市と連携しながらお元気訪問による相談支援や介護予防事業へのつなぎ等を行う。	
	介護予防把握事業			
	介護予防普及啓発事業	フレイルサポート教室	◎ ・総合相談の内容に応じて、介護予防についての普及啓発に努める。 ・地域住民の要望を把握し、介護予防の普及啓発に資する出前講座を実施する。 ・市と協働してフレイルサポート教室を行う。	

3 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

（１）前年度の取組に対する評価・実績

- ・総合相談支援事業では、本人、家族、関係機関と連携をしながらケースごとの課題解決に取り組み、これまで築いたネットワークを活用した役割分担による支援ができた。障害分野との連携機会も増加しており、多分野にわたる支援体制が広がっている。
- ・権利擁護事業では、成年後見制度の周知・利用促進や高齢者虐待対応防止への対応、消費者被害防止に向けた啓発活動を実施し、関係機関との連携を継続して行った。
- ・包括的・継続的ケアマネジメント支援事業では、圏域別ケア会議の開催や介護支援専門員への個別相談・助言対応を通じて、ケアマネジャーの実践支援および多職種連携の強化を図った。

（２）課題

- ・支援の長期化：早期発見の遅れや、相談時点ですでに認知症状が進行しているケースが多く、支援が長引く傾向にある。
- ・支援拒否：本人が支援を拒否するケースへの対応が困難。
- ・家族関係の悪化：本人を取り巻く家族間の関係悪化が支援の複雑化を招いている。
- ・複合・複雑化した課題：単一の問題にとどまらず、複数の困難を抱える個人・世帯への対応が増加している。

（３）課題への改善策・解消策等

- ・早期発見・早期介入の強化：民生委員・かかりつけ医・薬局等との連携を深め、地域での見守りネットワークを充実させることで、問題の早期把握につなげる。
- ・多職種・多機関連携の推進：３職種（保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー）の専門性を活かした役割分担のもと、障害分野を含む関係機関と連携し、複合的課題への包括的対応を図る。
- ・相談支援の質の向上：相談技術・法制度・社会資源に関する最新情報の取得など、職員の自己研鑽および専門テーマ別研修への参加を促進する。

(4) 取組内容

包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
総合相談支援事業	・ 日常の相談業務でのセンター独自のチラシ配布、民生委員児童委員協議会等への参加、地域の関係機関への訪問等、継続的に広報活動を行い、センターの周知に努める。 ◎ ・ 谷田部西圏域別ケア会議での事例検討を通して、地域の関係者、関係機関と連携を図る。 ・ 地域の社会資源の情報把握に努め、適切な情報提供を行う。(高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識、ハートページ、在宅医療と介護のサービスマップ等)	
	・ 日々の相談活動、関係機関、地域の関係者等と協働して、新たな対象者を含め必要な実態把握を行う。また、必要に応じて適切なサービスや制度につなぎ、継続的な支援を行う。	
	・ 3職種の専門性を活かし、迅速・適切な対応ができるよう配慮して総合相談支援を行う。 ・ 複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯に対する適切な支援を行うため必要に応じて適切な支援関係機関につなぐ支援を行う。 ◎ ・ 市とケース共有会議を行うことで圏域の課題等共有する。 ・ 総合相談の実践力向上のため、相談技術向上、法制度、各種福祉サービス、社会資源の最新情報取得など自己研鑽に努める。	相談対象者数： 人、相談延件数 件

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
権利擁護事業	成年後見制度の利用促進	事業所内にパンフレットを置き、地域住民に啓発・利用促進に努める。相談活動において利用の必要があると考えられる地域住民またはその親族等に対して、パンフレットを活用し説明を行い、つくば成年後見センター等関係機関と連携を図る。	
	高齢者虐待への対応	・つくば市高齢者虐待防止マニュアルに基づき、速やかに状況把握を行い、市と連携し適切な対応を行う。 ・県の作成するポスターの掲示、パンフレットの活用等により、啓発を行い、予防や早期発見につなげる。 ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議、権利擁護研修会へ参加し、対応業務の質の向上や関係機関等との連携強化を行う。	
	消費者被害の防止	・国民生活センターの情報などに留意して、消費者被害の予防に努める。 ・地域の関係者等からの情報収集に努め、被害が疑われる事例を発見した場合には消費者生活センターと連携して問題解決を図る。また、つくばケアマネジャー連絡会等関係機関を通して、消費者被害予防のため周知していく。	
	包括的・継続的 ケアマネジメント支援事業	・谷田部西圏域別ケア会議を開催し、その中で介護支援専門員、地域の関係機関、専門職との連携を図る。	
	包括的・継続的な ケア体制の構築	・介護支援専門員が介護保険サービス以外のインフォーマルな社会資源を活用できるように情報の把握・提供に努める。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	地域における介護支援専門員のネットワークの活用	・つくばケアマネジャー連絡会に参加協力をして、連携を図る。 ・介護支援専門員との情報交換、積極的に情報発信を行い、情報共有・災害時等の協力体制など連携体制を整えていく。	
	日常的な個別指導・相談	・介護支援専門員に対して個別相談の対応や、居宅サービス計画作成、ケアマネジメント過程における課題等の相談助言等の支援を行う	介護支援専門員からの相談件数 件 (同行訪問 件)
	支援困難事例等への指導・助言	・支援困難事例について、各専門職や関係機関等と連携して具体的な支援方針を検討し、介護支援専門員、関係機関と協働していく。	

	計画	実績
(5) 地域包括支援センター認知度向上のための取組	わかりやすい情報発信（ポスター提示、ホームページの活用等）を継続的に行う。地域の民生委員、かかりつけ医、薬局へチラシの設置、配布等を行う。相談時にセンターを紹介してもらうなど連携を強化する。	

	計画	実績
(6) センター職員の資質向上に向けた取組	各専門職の専門性向上のための研修、医療・介護・福祉の多職種の連携、カンファレンスなどの参加促進、権利擁護、虐待対応、認知症ケアなどの専門テーマ別の勉強会によるスキルの取得に取り組む。	

(7) 業務継続計画（BCP）に関する取組

①業務継続計画

- ・感染症や災害発生時において、事業運営が継続的に実施でき、非常時早期の運営再開を図るための計画を整備し、随時見直しを行う。
- ・感染症、災害発生時に適切な対応を行い、その後も必要な支援が継続して提供できるようネットワーク体制作りを市や委託センター間、法人で検討する。
- ・圏域内の居宅介護支援事業所とICTツールを活用して、災害時を想定した安否確認等の訓練を継続する。

②感染症の予防及びまん延の防止

- ・感染症の発生やまん延を防止するための対策について検討する委員会を設置し、定期尾的に開催するとともに、指針を整備し、定期的な研修及び訓練を行う。また随時見直しを行う。

③高齢者虐待の防止

- ・虐待の発生又はその再発を防止するための対策について、検討する委員会を定期的に開催するとともに、指針を整備し、定期的に研修を行う。

4 包括的支援事業（社会保障充実分等）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・在宅医療・介護連携推進事業では、住民・医療・介護関係者からの相談受付と連携調整を実施した。ハートページ等のツールを活用しながら社会資源の紹介を行った。市主催の会議・研修への参加により関係機関との連携強化が図られ、出前講座等による普及啓発も実施した。
- ・生活支援体制整備事業では、関連会議への参加協力を通じ、生活支援コーディネーターとの連携体制を維持。市と協働した市民への普及啓発活動に取り組んだ。
- ・認知症関連事業では、認知症地域支援推進員を配置し、市・委託センターと定期的に会議に参加して事業の充実に向けた取り組みを実施した。また、認知症サポーター養成講座・認知症カフェへの参加協力を実施した。

(2) 課題

- ・在宅医療・介護連携推進事業では、住民向け普及啓発の参加者が固定化しやすく、必要な方へのアプローチが課題である。
- ・生活支援体制整備事業では、会議参加にとどまりがちで、センターとしての主体的な地域への働きかけが不十分な面がある。また、普及啓発の効果測定が難しく、取り組みの成果が見えにくい。
- ・認知症関連事業では、認知症基本法の理念を踏まえた「共生社会」の実現に向け、地域住民の理解促進がいまだ不十分。サポーター養成後のフォローアップや活躍の場の提供が課題となっている。また、認知症カフェの認知度・利用者の広がりに限界がある。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・在宅医療・介護連携推進事業では、出前講座の開催場所・時間帯の多様化や関係機関との共催により、新たな参加者層への働きかけを図る。
- ・生活支援体制整備事業では、生活支援コーディネーターとの情報共有を密にし、地域資源の開発・掘り起こしに向け、連携する。
- ・認知症関連事業では、サポーター養成後のステップアップ講座やチームオレンジとの連携を強化する。認知症カフェについては広報媒体の多様化や開催場所の工夫により、新規参加者の獲得を図る。

(4) 取組内容

包括的支援事業（社会保障充実分）	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
在宅医療・介護連携推進事業	・地域住民、地域の医療、介護関係者から相談を受けつけ、連携の調整や社会資源の紹介を行う。 ・市が作成する「ハートページ」、「在宅医療と介護のサービスマップ」「多職種連携のためのツール」等を有効に活用する。 ・市が主催する会議や研修会、講演会等に参加し、関係機関との連携の強化に努める。 ・地域住民に在宅医療・介護についての普及啓発、出前講座を行う。	
生活支援体制整備事業	・生活支援体制整備事業関連の会議に参加協力する。また、生活支援コーディネーターと連携するとともに市民への普及啓発等、市と協働して取り組む。	
認知症関連事業 認知症総合支援事業関連	・「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に定められた目的や基本理念等を踏まえ、地域における認知症の人とその家族を支える仕組み作りについて、認知症地域支援推進員を配置し、市、委託センターと協働して取り組む。 ・認知症ケアパスの普及やつくば市もの忘れサポートチーム（認知症初期集中支援チーム）と連携して早期発見、早期治療が行えるように協力して支援する。 ・認知症カフェへの参加協力を行う。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	認知症関連任意事業等	◎ ・ 認知症サポーター養成講座の開催、キャラバン・メイト連絡会への参加協力を行う。	
	地域ケア会議推進事業	①つくば市地域ケア会議 市が主催するつくば市地域ケア会議に参加協力する。 ②谷田部西圏域別ケア会議 年3回開催し、介護支援専門員、関係機関等とのネットワークの構築を図る。また、会議で把握した課題を地域作りや不足している社会資源につなげられるよう取り組む。 ③自立支援型個別ケア会議 圏域の対象者の生活行為等を明確にし、状態改善・自立支援・重度化予防及び生活の質の向上につながるよう支援する。 ④クイックケア会議 介護支援専門員、相談者等からの要望に応じて、必要時クイックケア会議を随時開催し、支援方法を協議する。	

令和 8 年度（2026年度） 谷田部東地域包括支援センター実施計画（案）

医療法人社団 みなみつくば會

1 職員配置状況

(令和8年度4月末時点)

職種	常勤	非常勤	備考
保健師※	2	0	
社会福祉士※	1	0	
主任介護支援専門員※	1	0	センター長兼務
その他職員（介護支援専門員）	0	1	
合 計	4	1	

※準ずる者を含む

【参考】日常生活圏域別 高齢化率（令和8年4月1日時点）

日常生活圏域	総人口（人）	高齢者人数（人）	高齢化率（％）	認定者数（人）	認定率（％）
谷田部東圏域	68,177	9,074	13.31	1,276	14.06
市全体	261,933	50,838	19.41	8,610	16.94

2 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・フレイルサポート教室で介護予防に関する情報発信及び啓発活動により、参加者からの相談や支援に繋げることができた。
- ・お元気訪問を実施し見守りがいない方に対して繋がりを持つことができ必要時に相談が来るようになりサービス介入し安心につながった。

(2) 課題

- ・高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう支援することが必要であり、介護予防や生活支援、社会参加を促進していくことが重要である。
- ・住民の互助や民間サービスと連携し、高齢者の生活機能向上や生きがいづくりを支援していく必要がある。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・住民の互助や民間サービスと連携し、社会参加や地域活動への参加を促進を続けていく。
- ・フレイルサポート教室への参加者を増やす取り組みとして情報発信や啓発活動の強化を図り多くの方に参加していただけるよう努めていく。

(4) 取組内容

介護予防・日常生活支援総合事業			実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	一般介護予防事業	お元気訪問	・国保データベース（K D B）システムから抽出された対象者に対し、訪問等による相談支援や介護予防事業への橋渡し、継続的なモニタリングを行う。	
	介護予防把握事業			
	介護予防普及啓発事業	フレイルサポート教室	・市と協働でフレイルサポート教室を開催。	

3 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・他機関等と情報交換や情報共有をしながら必要に応じて同行訪問を実施したことで問題解決に導くことができた。警察や医療機関、法律関係者と連携することでネットワーク拡大につながった。
- ・職員の離職なく多方面の業務を全体で遂行し、協力して支援することができた。また、朝礼で昨日のケースを全員が共有し、どなたから相談が入っても全員が対応できるように協力的に支援することができた。
- ・初回の訪問を 2 人体制にしており、職員の精神的な負担も軽減され、また問題抽出の視点が增えることで早急な支援対応につながった。
- ・相談支援に必要な学びを継続、個別支援のスキルアップにより、対象者だけでなく、家族支援も考慮するとともに権利擁護の視点を持って支援することができた。
- ・課題の複合化で解決に至らない事例が増加の傾向にあり、相談支援が長期化しているケースがあるが継続的に関わることで状況を確認できている。

(2) 課題

- ・オートロック式マンションのある住人の支援に困難を感じる事が多く鍵問題で訪問や支援に結びつかない事例がある。
- ・課題の解決に至らない事例があり対応手法や支援継続判断の検討が必要である。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・当事業所のみならず関係他機関と共有、連携、同行訪問していくことで早期問題解決や相談支援に繋げていく。
- ・事業所内で情報を共有し同様の対応ができるよう支援に繋げていく。
- ・鍵問題について電話連絡を行いながら情報収集に努め、信頼関係の構築や訪問を繰り返し実施しアプローチしていく。

(4) 取組内容

包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
総合相談支援事業	地域における ネットワークの構築 ◎ ・地域包括支援センター（以下、センター）周知のため広報を実施。（相談者や関係機関へチラシ配布、ホームページ更新、高齢者が集まる場所での案内など） ・地域の関係者、関係機関と連携強化のため、来訪時にコミュニケーションを図る。 ・地域の社会資源の把握と活用。 ・市が発行するパンフレット及びセンターで収集した情報を活用する。	
	実態把握 ・民生委員等地域の関係者と連携し、支援が必要な方の対応を実施。 ・ふれあいサロン等に出向き顔の見える関係を作り、相談しやすい環境整備。 ・過去の相談等で継続的に状況把握が必要な方への介入を行う。	
	総合相談支援 ・市関係部署（生活保護、障害、子育て、男女共同など）や関係機関と積極的に関わることで、連携体制の構築を図る。 ・地域包括支援課へケース共有や相談を行い、支援の方向性を協議する。 ・主に担当する職員が不在の場合でも対応できるよう、毎朝情報共有する。	相談対象者数： 人、相談延件数 件

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
権利擁護事業			
	成年後見制度の利用促進	・制度が必要と判断される方やその家族に対し、制度の情報を提供する。 ・市やつくば成年後見センター、近隣で後見業務を実践している専門職等と連携し制度利用の支援を行う。 ・成年後見制度や意思決定支援について、家族や介護支援専門員に対し周知啓発を行う。	
	高齢者虐待への対応	・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた支援の実施を行う。 ・虐待の防止及び早期発見の体制整備を進める。関係機関、民生委員、専門職等に対して周知啓発を実施。 ・虐待が疑われるまたは虐待と判断されるときは、早急に解消を図ることができるよう市の担当課や関係課と連携するとともに、必要な支援調整を実施する。 ・被虐待者に関する代弁機能を発揮し、養護者の理解を求め適切に支援する。	
	消費者被害の防止	・消費者被害の現状把握や資料等設置による啓発活動の実施。 ・消費生活センターと連携し、消費者被害の未然防止を図るとともに発生時の早期対応を実施する。 ・日常の相談対応の中で、被害や疑わしい事例の情報収集を行う。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
包括的・継続的 ケアマネジメント支援事業	包括的・継続的な ケア体制の構築	・圏域別ケア会議、自立支援型個別ケア会議への事例提示及び参加。また、会議参加者の拡大を図り、広い視点で課題解決策を探る。 ・市が発行するパンフレット、地域住民による支えあい活動、イベント情報等のさまざまな社会資源に関する情報の収集及び整理を引き続き行い、各専門職へ情報提供する。 ・医療機関や障害事業所、各種相談支援機関等とのネットワーク拡大に努め、重層的課題を抱える方の支援を的確に実施。	
	地域における介護支援専門員のネットワークの活用	・つくばケアマネジャー連絡会および役員会に参加し、介護支援専門員と必要な情報や知識・技術を確保するとともに、発信共有を図る。 ・介護支援専門員同士の情報交換や連携を深め、地域全体の支援体制強化を目的に介護支援専門員同士のネットワーク形成していく。	
	日常的な個別指導・相談	・介護支援専門員に対し、同行訪問やサービス担当者会議等の開催支援や居宅サービス計画作成の助言指導など、専門的な見地から個別相談対応を行う。	介護支援専門員からの相談件数 件 (同行訪問 件)

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	支援困難事例等への 指導・助言	・介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方針をともに考え、状況に応じてカンファレンス等の開催を支援する。 ・家族支援が必要、重複課題を抱える事例など重層的支援が必要なケースに関し、高齢分野に限らない支援関係者を含めたカンファレンス等や役割分担を行い課題解決に努める。	

	計画	実績
(5) 地域包括支援センター認知度 向上のための取組	・市のチラシ・ホームページを用いた周知活動を実施。 ・相談や関係機関訪問の際にセンター独自のチラシを用いた周知、啓発活動を実施。 ・民生委員定例会議、地域支えあい会議・ふれあいサロン等でセンター活動を紹介。	

	計画	実績
(6) センター職員の資質向上に 向けた取組	相談技術やケアマネジメント技術の向上等、業務に必要な知識、技術の習得を目的とした研修等に参加。全職員に伝達共有しセンター全体のスキルアップに努める。	

(7) 業務継続計画（BCP）に 関する取組	・災害発生時に適正な対応を行い、その後も必要なサービスが継続して提供できる体制を整える。 ・業務継続計画に係る研修、訓練は併設施設と合同で実施する。	
---------------------------	---	--

4 包括的支援事業（社会保障充実分等）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

- ・ 認知症カフェに参加し介護予防に関する情報発信及び啓発活動により、参加者からの相談や支援に繋げることができた。
- ・ 民生委員の定例会やふれあい相談員の集いにも積極的に参加し、顔の見える関係づくりを行うことで、近隣から相談をいただく関係性になってきている。

(2) 課題

- ・ 認知症に関する相談があるがサービスに繋がらないケースも多く、家族や協力者の支援が得られないこと、近隣住民が必要以上に介入してしまうケースなどもあり、主治医や認知症初期集中チーム、担当ケアマネとチームでのアプローチが必要と感じている。
- ・ 生活支援体制整備事業について協議体に積極的に参加し地域課題の把握と整備に努めていく必要がある。

(3) 課題への改善策・解消策等

- ・ 認知症カフェの利用率を増やす取り組みとして情報発信や啓発活動に取り組む必要があり、当事業所も参加しながら認知症の方やその家族が地域住民や専門家と相互に情報共有ができる環境を構築していく必要がある。
- ・ 生活支援体制整備事業について支援体制の整備に繋げていく必要があり、生活支援コーディネーターと情報交換、連携しながら地域のニーズを吸い上げ地域課題を把握していく。

(4) 取組内容

包括的支援事業（社会保障充実分）	実施計画 （重点的に取り組む内容に◎）	実績
在宅医療・介護連携推進事業	・医療機関や介護事業所等からの相談を受け付け、必要に応じた支援を行う。 ・入退院時や外来受診時に医療ソーシャルワーカー等と連携し、アセスメント共有や介護保険申請、サービス利用支援、その他の社会資源の導入支援などを行う。 ・市などが開催する会議や研修に参加し、支援に必要な知識の習得を行う。 ・地域に対し、在宅医療や介護に関する普及啓発を行う。	
生活支援体制整備事業	<第1層協議体会議> ・第1層協議体に参加し、市全域の生活課題を把握。不足する生活支援サービスについて地域住民から意見を聴取し、支援体制の整備に協力する。 <第2層協議体会議> ・生活支援コーディネーターと連携し「地域支えあい会議」等に参加する。 ・地域住民同士の話し合いの場に参加し地域課題を把握する。 ・住民主体の支えあい活動の創出にセンターとして協力し支援する。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
認知症関連事業			
	認知症総合支援事業関連	◎ ・ 認知症カフェや民生委員の集まり、サロンへ参加し支援者と共に地域で支えたいと考える方を募り、認知症の勉強会を開催し、認知症と思われる方の情報交換、認知症で生活が成り立たない方への支援を行う。 ・ 認知症カフェinおはなりハの運営支援。 ・ 認知症地域支援推進員による活動実践。 ・ 支援困難事例に対するアセスメント補助や、各種後方支援を行う。 ・ 市やとよさと病院が主催する若年性認知症の方を対象とした本人ミーティングや家族ミーティングへ参加し、本人や家族の困りごとを聞いて、今後の支援に繋げていく。	
	認知症関連任意事業等	・ 認知症サポーター養成講座の開催支援、幅広い世代へ認知症の理解を深めるため、圏域内の団体等に実施を呼びかけ講座を開催する。 ・ つくば市キャラバン・メイト連絡会へ参加する。 ・ 認知症高齢者等SOSネットワーク事業、認知症支援メールの周知、拡大。	

	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
地域ケア会議推進事業	つくば市地域ケア会議 つくば市地域ケア会議に参加し、市全域で抱える生活課題を把握するとともに、地域課題の解決に向けた協議と実践を行う。 圏域別ケア会議 ・圏域別ケア会議を年間3回開催する。 ・個別ケースの課題解決方法を多職種協働で探る。 ・ケース検討を通じて地域課題を抽出、地域づくりや資源開発につなげる。 つくば市自立支援型個別ケア会議 ・生活行為の課題を明確にし、課題解決の方法を専門員と共に検討する。 ・状態の改善・自立支援・重度化予防及び生活の質の向上につなげる。 クイックケア会議 ・必要が生じた際に随時開催する。	

令和 8 年度（2026年度） 豊里地域包括支援センター実施計画（案）

ウエルシア介護サービス株式会社

1 職員配置状況

(令和8年度4月末時点)

職種	常勤	非常勤	備考
保健師※	1		
社会福祉士※	1		
主任介護支援専門員※	1		センター長兼務
その他職員 ()			
合 計	3		

※準ずる者を含む

【参考】日常生活圏域別 高齢化率(令和8年4月1日時点)

日常生活圏域	総人口(人)	高齢者人数(人)	高齢化率(%)	認定者数(人)	認定率(%)
豊里圏域	16,356	4,137	25.29%	717	17.33%
市全体	261,933	50,838	19.41%	8,610	16.94%

2 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

(2) 課題

・第9期高齢者福祉計画における豊里圏域生活機能評価分析 豊里圏域リスク状況
運動器、閉じこもり、うつについての項目で市内圏域中最も高いリスクを有し、転倒、IADL、知的能動性についても市平均より高いリスクがある。

(3) 課題への改善策・解消策等

・フレイルサポート教室、お元気訪問、出前講座を通じて圏域内に介護予防を広く普及啓発する。
・地域に埋もれている要支援者を発見し、早期相談支援を通じ、介護予防を図る。

(4) 取組内容

介護予防・日常生活支援総合事業		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
一般介護予防事業	お元気訪問	●介護保険未利用者・期限切れ者、健康状態不明者、低栄養・オーラルフレイル該当者、介護保険非該当者へのお元気訪問を通じ、健康の維持・増進、介護予防に資する支援を行う。 ●医療未受診者に対する訪問に重点を置き、健康診断受診推奨、健康診断後の保健師フォローアップ訪問により、健診結果を確認し生活への助言を行う。	
介護予防把握事業			
介護予防普及啓発事業	フレイルサポート教室	◎ ●各教室へ圏域内参加者7名以上を目指し、健康体操教室10団体、シルバークラブ26団体への訪問告知、会場までの多様な交通手段を用いた移動方法の情報提供。 ●総合相談を通じて必要なケースへの個別情報提供、参加推奨。 ●総合相談、見守り訪問を通じ、訪問型短期集中予防サービス、リハビリ活動支援事業、傾聴ボランティア事業の活用推進を図る。 ●生活支援コーディネーターとの連携から、地域の求めに応じた出前講座の開催（3回/年） ●圏域内福祉用具貸与3事業所と福祉機器展の開催を通じた環境整備・用具の活用による介護予防と専門職福祉用具専門相談員の普及啓発。（1回/年）	

3 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

(2) 課題

・新規開設の地域包括支援センター。地域に相談窓口として認知されていない。

(3) 課題への改善策・解消策等

・『つながる つなぐ つむぐ』を方針とした地域包括支援センターの運営。
・方針を踏まえ組織や属性の境界を越えた連携を意図した行動。

(4) 取組内容

包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
総合相談支援事業	◎	●豊里地域包括支援センターの総合相談窓口としての役割周知。	
地域におけるネットワークの構築		●地域包括支援課圏域担当職員、圏域担当生活支援コーディネーターと連携し地域の多様な資源とネットワーク構築、個別ケースと地域資源のマッチング。 ●圏域別地域ケア会議、クイック会議を活用した地域の関係者、関係機関との連携強化を図る。 ●地域包括支援課の圏域担当との情報連携を図る。	

	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)		実績
実態把握	◎	●地域住民、民生委員、ふれあい相談員、圏域担当生活支援コーディネーター、介護支援専門員等を通じた圏域内の情報集約。 ●集約した情報に対し、地域の関係者と協働し、必要時アウトリーチを含めた実態把握推進。	
総合相談支援	◎	●相談者の求めに応じ、電話、来所、訪問を基本としつつ、求めがあればメール等での相談にも対応し、多様な相談種別により、取り残さない相談受付に努める。 ●相談しやすい環境、雰囲気作りに努める。 ◎ ●相談内容に応じ、センター内で相談対応専門職を調整する。 ●地域包括支援センター定例会での各センターとの情報交換から知恵を得て、担当圏域での地域づくり、課題解決に取り組む。	相談対象者数： 人、相談延件数 件
権利擁護事業		●センター内で社会福祉士を中心に勉強会を行い、成年後見制度、日常生活自立支援事業の制度変更に伴う新しい知識を得る。	
成年後見制度の利用促進		●総合相談を通じ制度の活用が必要と思われる高齢者や親族等に対し、市、成年後見センターとの連携を図る。 ●成年後見センターと共に、地域への出前講座を通じた利用促進、普及啓発を図る。（1回/年） ●わたしの生き方ノート 普及啓発講座（1回/年）	

	実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
高齢者虐待への対応	●つくば市高齢者虐待防止マニュアルに基づいた対応を行う。 ●不適切な対応が伺われる相談内容に対し、早期に実態把握に介入する。 ●市主催の権利擁護研修会、虐待防止ネットワーク実務者会議に参加し、地域関係者との虐待防止ネットワーク作りに努める。 ●高齢者虐待対応研修に参加し対応力向上を図る。 (1回/年) ●高齢者虐待防止の視点から認知症の理解を深める出前講座実施。(1回/年) ●養護者支援目的から本人や家族の交流の場や介護教室の紹介。	
消費者被害の防止	●警察・弁護士会・消費生活センター等へ依頼し地域の実態把握、消費者被害防止出前講座の開催。 (1回/年) ●民生委員、ふれあい談員との連携から地域リスク、個別リスクを把握し、個別リスクへの地域の見守りネットワーク構築から被害防止推進。 ●茨城県消費者教育啓発講座の受講により最新動向を学び地域へ還元する。 ●地域で被害に遭遇したケースに対し、実態の把握、関係機関との連携を図り再発防止を図る。 ●圏域内で発生した事例について、関係機関を通じて地域へ注意喚起を行う。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
包括的・継続的 ケアマネジメント支援事業	包括的・継続的な ケア体制の構築	●圏域別地域ケア会議を開催し、個別事例への課題対応力、地域での課題解決力向上を図る。(3回/年) ●クイックケア会議の積極開催により介護支援専門員への積極的バックアップ機能を果たす。(10回/年) ●複雑、複合的課題を有する事例に対し重層的支援体制整備事業へつなぎ課題解決の推進をサポートすると共に、介護支援専門員の抱え込み、燃え尽き予防を図る。 ●個別事例への圏域担当生活支援コーディネーターの関わりを高め、多様な地域社会資源活用を通じた課題対応力向上を図る。	
	地域における介護支援専門員のネットワークの活用	●つくばケアマネジャー連絡会に参加・協力する。 ●圏域別ケア会議後の介護支援専門員交流会の開催。	
	日常的な個別指導・相談	◎ ●委託介護支援専門員に対する、ケアプランを通じた個別ケアマネジメント助言・指導。 ●介護支援専門員からの相談に対し、3職種で連携した専門的見地から個別相談対応を行う。 ●圏域担当生活支援コーディネーターを交えた個別ケース相談により、介護保険内サービスに捕らわれない多様な地域の社会資源の活用への視座を高める。	介護支援専門員からの相談件数 件 (同行訪問 件)

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	支援困難事例等への 指導・助言	◎ ●センター内事例検討により、指導・助言方針を検討。 ●担当介護支援専門員、生活支援コーディネーターを交えたクイックケア会議を通じ対応方針の検討。 ●複合・複雑化した課題を有する事例については、重層的支援体制整備事業の多機関協働事業へ繋ぎ課題解決の推進力を高める。	

		計画	実績
(5) 地域包括支援センター 認知度向上のための取組		●民協、支えあい会議への参加、圏域内健康体操教室10団体、シルバークラブ26団体への地域包括支援センター周知活動の実施。 ●圏域内医療機関、介護施設、調剤薬局、商店、金融機関へ地域包括支援センター告知チラシ掲示依頼。 (R8年/10月までに) ●出前講座『地域法包括支援センターについて』の実施。(1回/年)	

	計画	実績
(6) センター職員の資質向上に向けた取組	●地域住民・介護支援専門員からの困難事例相談に対し、センター内3職種で事例検討を行い、センターの課題対応力の向上を図る。(12回/年) ●市内包括支援センターとの職種ミーティングにて情報共有。 ●自法人内4包括の専門職部会を通じ、異なる地域での専門的関わり事例を学び合い、相互に研鑽を積む。(各職2回/年) ●外部研修へ派遣し専門的な学びから自己研鑽を図る。(各職3回/年)	
(7) 業務継続計画（BCP）に関する取組	●自然災害発生時業務継続計画（BCP） ・災害発生に備え、BCP訓練を実施する。(1回/年) ・自然災害発生時は自法人BCPに従い行動。市、近隣圏域地域包括支援センターと連携し、災害時も可能な限り業務継続を図ると共に、速やかな通常業務再開を目指す。 ●感染症対策（BCP） ・内部研修、外部研修を通じ感染症予防対策、感染病別対応力強化を図り、有事へ備える。(1回/年) ・感染症発生時は自法人BCPに沿って事業継続を図る。 ・保健師による地域住民への感染症予防講座を通じた周知活動により、感染症の正しい理解、予防知識の普及啓発を図る。(1回/年)	

4 包括的支援事業（社会保障充実分等）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

(2) 課題

個別ケースを中心にした、多職種、多機関による地域連携が構築されていない。

(3) 課題への改善策・解消策等

各事業を通じた、地域の多職種、多機関との連携、協働に積極的に取り組み、顔の見える関係性から豊里地域包括支援センターを結び目とし、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターと協働し、新たな地域ネットワークを構築する。

(4) 取組内容

包括的支援事業（社会保障充実分）		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
在宅医療・介護連携推進事業		●市が主催する研修会、講演会等に参加し、連携の強化に努める。 ●圏域内医療機関・介護事業所への積極的な働きかけを実施し、医療と介護の連携の推進を図る。 ●出前講座「在宅医療と在宅介護」～住み慣れた家で人生の最期まで～開催。（2回/年） ●わたしの生き方ノート普及啓発による活用促進。（1回/年）	
	生活支援体制整備事業	●第1層協議体会議、第2層協議体会議に参加協力し、生活支援体制整備に参画する。 ◎ 生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員と連携し、個別ケース単位、地域単位での生活支援体制整備に協働する。 ●生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員との情報連携ミーティングを行う。（3回/年）	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
認知症関連事業		●認知症地域支援推進員の新規育成。（保健師：１名） ●個別事例を通じた認知症初期集中支援チームとの連携促進。 ●オレンジカフェinなごみへの参加協力（12回/年）	
	認知症総合支援事業関連	●認知症ケアパス活用をした認知症ケア体系の普及啓発。 ●認知症地域支援推進員と圏域担当生活支援コーディネーターの連携促進。（３回/年） ●本人や家族の交流の場等の情報発信/利用促進。	
	認知症関連任意事業等	●認知症サポーター養成講座への参加協力、開催。 ●キャラバンメイト養成講座の受講。（１名） ●認知症講座（つくばフェスティバル、イオンモールつくば啓発イベント等）への参加協力。	
地域ケア会議推進事業		●つくば市地域ケア会議への参加。（２回/年） ●圏域別ケア会議の開催。（３回/月） ●圏域別地域ケア会議への医療関係者の参加を打診し、事例を通じた具体的な連携推進策を検討する。（３回/年） ◎ ●クイックケア会議の積極開催。（10回/年） ●自立支援型ケア会議への参加（２回/年） ●圏域内医療介護従事者、地域関係機関の参加依頼し、ケア会議を通じた、地域での知恵の出し合い、解決を図るネットワーク構築を推進する。	

令和 8 年度（2026年度） 桜地域包括支援センター実施計画（案）

社会福祉法人 征峯会

1 職員配置状況

(令和 8 年度 4 月末時点)

職種	常勤	非常勤	備考
保健師※	1		
社会福祉士※	3		
主任介護支援専門員※	1		センター長兼務
その他職員 ()			
合 計	5		

※準ずる者を含む

【参考】日常生活圏域別 高齢化率 (令和 8 年 4 月 1 日時点)

日常生活圏域	総人口 (人)	高齢者人数 (人)	高齢化率 (%)	認定者数 (人)	認定率 (%)
桜圏域	62,444	9,952	15.94	1,539	15.46
市全体	261,933	50,838	19.41	8,610	16.94

2 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

多世代交流と啓発活動の実現として「つくばレジェンド研究セミナー」を開催し、地域の高齢者だけでなく、民生委員や大学生など多様な世代の交流を図ることができた。これが参加者の生きがいつくりのきっかけとなり、認知症や介護予防の啓発に繋がった。また「フレイルサポート教室」や地域のサロンでの出前講座を開催し、フレイル予防や介護予防のための啓発活動を実施することができた。

(2) 課題

要支援や事業対象者からの相談が増加している傾向。これに対応するため、対象者の状況に合わせて介護保険サービスに限定せず、地域のサロンなどの社会資源を適切に紹介し、介護保険制度の適正な利用を勧めていくことが課題と考える。

(3) 課題への改善策・解消策等

引き続き、出前講座や介護予防教室（フレイルサポート教室等）を通じて地域へ積極的に向き、認知症や介護予防に関する普及啓発を行う。あわせて、地域住民に対する地域包括支援センターの周知活動も行い、認知度のさらなる向上に取り組む。要支援者や事業対象者からの相談増加に対しては、心身の状況や環境を適切に把握した上で、「おうち de リハ」や傾聴ボランティアといった介護保険以外の多様な社会資源を引き続き紹介・提案していく方針である。

(4) 取組内容

介護予防・日常生活支援総合事業			実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	一般介護予防事業	お元気訪問	健診未受診者や介護保険未利用者（期限切れ者含む）、低栄養・オーラルフレイル該当者、介護保険非該当者に対して実態把握のための訪問を計画的に行っていく。	
	介護予防把握事業			
	介護予防普及啓発事業	フレイルサポート教室	引き続き地域へ出向く啓発活動として年3回（9月・10月・11月）実施していく方針。これにより、介護予防の普及だけでなく、地域包括支援センター自体の認知度向上も図っていく。	

3 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 前年度の取組に対する評価・実績

「レジェンド研究セミナー」を開催し、地域の高齢者や民生委員、大学生など多様な世代の交流を図ることで、参加者の生きがいづくりや、認知症・介護予防の啓発に繋がった。また、医療・介護連携の強化として、退院時に医療機関のソーシャルワーカー等と連携し、退院前カンファレンスに参加することで、顔の見える関係性が構築され、スムーズな退院後の支援に繋がった。

(2) 課題

独居、認知症、生活困窮など重層的な課題を抱えるケースや、身元保証人が不在で契約が結べない等の事例が増加し、対応の長期化が課題となっている。また、外国人からの相談において、言語や文化の違いから制度説明や支援が困難な場合がある。さらに、新興住宅地の増加に伴い高齢者の転入が増加しているが、知り合いがおらず孤立するケースがあり、セキュリティの壁により状況把握や情報発信が難しい状況にある。

(3) 課題への改善策・解消策等

複雑化・複合化した課題を抱える事例については、センターに配置されている専門職が相互に連携するとともに、医療機関、福祉機関等の多職種ネットワークを強化し、連携して対応する。困難事例や多様な相談（外国人対応など）に適切に対応できるよう、職員が積極的に研修や意見交換会に参加し、センター全体のスキルアップを図る。地域の実情や特性を踏まえ、柔軟な事業運営を行うとともに、関係機関と協力して孤立しがちな高齢者の実態把握やアプローチ方法を検討していく。

(4) 取組内容

包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
総合相談支援事業	地域における ネットワークの構築	◎ 民生委員や医療機関、介護サービス事業者等と連携し、訪問や電話等により、支援を要する高齢者の実態把握を継続・強化する。地域の集まり等にも積極的に参加していく。	
	実態把握	お元気訪問やフレイル教室、出前講座等を活用し、より多くの地域住民の実態把握に努める。相談者の属性や世代を問わず包括的に相談を受け止め、適切な保健・医療・福祉サービスや制度の利用につなげる総合相談を実施する。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
総合相談支援		ICTを活用した業務効率化で迅速な相談対応体制を確立し、お元気訪問等を通じて孤立しがちな高齢者へのアウトリーチを強化するとともに、専門職のチームアプローチと多機関協働により複雑・重層化する困難事例に包括的に対応していく。	相談対象者数： 人、相談延件数 件
権利擁護事業		成年後見制度の活用については、医療機関や介護支援専門員から相談があった時点で、早期に市やつくば成年後見センターと連携して対応する。申立てを行える親族がない、または親族がいても申立ての意思がない場合には、市長申立てに向けた支援を積極的かつ迅速に行っていく。民間の身元保証会社も活用できるように情報収集していく。	
	成年後見制度の利用促進		
	高齢者虐待への対応	つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づき、高齢者虐待の早期発見・対応に努め、市と連携した適切な支援を実施する。職員の理解を深めるため、虐待や対応法についての研修や会議に積極的に参加する。	
	消費者被害の防止	センター内にポスター等を掲示したり、初回訪問時にチラシを活用することで地域住民への啓発活動を行う。また、消費生活センター等と連携し、消費者被害の未然防止に向けた啓発活動を行っていく。	

		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
包括的・継続的 ケアマネジメント支援事業	包括的・継続的な ケア体制の構築	介護支援専門員の日常的業務に対し、専門的な見地から個別指導や相談を実施していく。圏域別ケア会議、自立支援型個別ケア会議等を計画的に実施するとともに、早期に対応方法の検討が必要なケースに対して、迅速にクイックケア会議を開催し、対応方針を協議していく。	
	地域における介護支援専門員のネットワークの活用	ケアマネジャー連絡会定例会に参加し、在宅・施設を通じた包括的・継続的なケアを実施するため、介護支援専門員のネットワークの活用に向けて情報収集及び情報提供を行う。	
	日常的な個別指導・相談	ケアプラン作成や対象者への対応方法等の相談に対し、センター内の保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員による専門職からの情報提供を行うとともに、チームアプローチでの対応を徹底して共に考えていくようにする。	介護支援専門員からの相談件数 件 (同行訪問 件)
	支援困難事例等への指導・助言	支援困難事例に対し、民生委員や医療機関など多職種と連携して具体的な支援方針を検討し、介護支援専門員への指導・助言を行う。ケースによっては同行訪問も行っていくようにする。	

	計画	実績
(5) 地域包括支援センター認知度向上のための取組	包括独自のチラシを作成し、地域住民の目に留まるところに配置しておくとともに、各種イベント等でも配布して、相談窓口としての周知を図る。また、昨年度好評であった「つくばレジェンド研究セミナー」のような多世代交流イベントを継続し、高齢者だけでなくその家族世代（子育て世代など）にもセンターの存在を周知し、親の介護について早期に相談できる窓口として認知してもらえるようにする。	
	計画	実績
(6) センター職員の資質向上に向けた取組	相談技術やケアマネジメント技術の向上、また重層的な課題を抱える困難事例に適切に対応するため、職員が業務に必要な知識や技術を習得できる外部の研修会や意見交換会に積極的に参加していく。また、相談内容や支援が困難なケースについてはセンター内でカンファレンスを実施し、対応方法を検討・共有することで、その経験をその後の相談対応に活かすという実践的な質の向上を図る。	
(7) 業務継続計画（BCP）に関する取組	つくば市の基準に基づき、感染症や非常災害の発生時に備えた業務継続計画（BCP）を策定・見直しを行い、必要な措置を講じる。また、感染症まん延防止や高齢者虐待防止に向けた委員会を法人の協力の元定期的に開催し、指針の整備と定期的な職員の研修・訓練を実施して非常時の事業継続体制を確立する。	

4 包括的支援事業（社会保障充実分等）**（1）前年度の取組に対する評価・実績**

「レジェンド研究セミナー」や「フレイルサポート教室」の開催を通じ、多世代交流や介護予防の啓発活動が実施できた。地域のサロン（ふらっとカフェ等）への参加や出前講座により、センターの認知度向上や地域住民のニーズ把握につながった。医療機関のソーシャルワーカー等との退院前カンファレンスへの参加や、地域ケア会議等を通じて、多職種と顔の見える連携関係を構築し、スムーズな支援につなげることができた。

（2）課題

独居、認知症、生活困窮など重層的な課題を抱えるケースや、身元保証人が不在で契約が結べない等の困難事例が増加しており、対応の長期化が課題となっている。桜圏域は65歳以上の単身世帯や高齢者のみの世帯が多く、孤立リスクに対するケアが求められる。認知症や介護に関する相談が進行してから寄せられるケースが多く、より初期段階からの相談を促すための周知・啓発が必要である。要支援・事業対象者からの相談が増加しているため、介護保険サービスに限らず、地域の社会資源等の適正な利用を勧めていく必要がある。新興住宅地の増加に伴い高齢者の転入も増えているが、知り合いがおらず孤立するケースがあり、セキュリティの壁により状況把握や情報発信が難しい状況にある。外国人からの相談において、言語や文化の壁により制度説明や支援が困難な場合がある。

（3）課題への改善策・解消策等

重層的な課題を抱える事例については、医療機関、福祉機関、市役所関係各課等の多職種とネットワークを強化し、連携しながら対応を進める。認知症や介護の初期段階での相談につなげるため、引き続き出前講座や介護予防教室等で地域へ出向き、普及啓発やセンターの周知活動を強化する。要支援等の軽度者や孤立しがちな高齢者に対しては、地域住民や生活支援コーディネーターと連携し、地域のサロンなどの社会資源を積極的に紹介する。多様化・複雑化する相談（困難事例や外国人対応等）に適切に対応できるよう、職員間で研修や意見交換会に積極的に参加し、センター全体のスキルアップを図る。

(4) 取組内容

包括的支援事業（社会保障充実分）	実施計画 （重点的に取り組む内容に◎）	実績
在宅医療・介護連携推進事業	退院前カンファレンスへの継続的参加等により、医療関係者との顔の見える関係を維持し、スムーズな在宅移行支援を実施する。また、「在宅医療と介護」の出前講座が各地で開催できるよう、各団体等への働き掛けも行っていく。	
生活支援体制整備事業	生活支援コーディネーターや民生委員等と情報共有を図り、要支援者等に対して地域の社会資源やサロンを適切に案内・提案する。新興住宅地やマンションで孤立しがちな高齢者へのアプローチ方法について、生活支援体制整備推進会議（第1層協議体）や地域支えあい会議（第2層協議体）等を通じて地域住民と検討を進める。	
認知症総合支援事業関連	認知症地域支援推進員を中心に、多職種と連携し認知症高齢者やその家族を地域で支える体制づくりを進める。対応に困っているケースなどは、認知症初期集中支援事業を活用して、チーム員との連携も図りながら解決に繋げていけるようにする。 ◎ 認知症の初期段階での相談を促すため、出前講座やオレンジカフェ等を通じて地域住民への認知症啓発活動を推進する。「オレンジカフェin楓」や「オレンジカフェinぎずな」へに定期的に参加していく。	

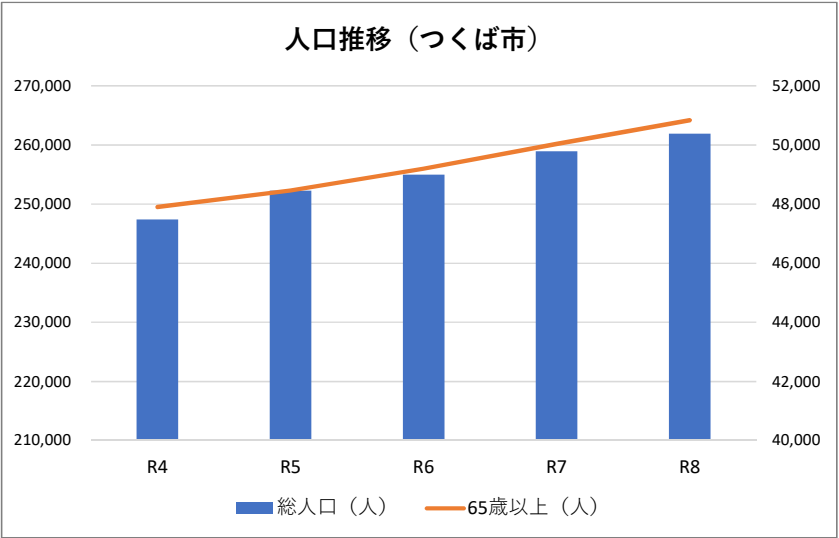
		実施計画 (重点的に取り組む内容に◎)	実績
	認知症関連任意事業等	◎ 各地で認知症サポーター養成講座が開催できるよう積極的に啓発していく。 「つくば市認知症高齢者等SOSネットワーク」等、市の認知症関連事業等に協力する。	
	地域ケア会議推進事業	桜圏域別ケア会議や自立支援型個別ケア会議を開催し、多職種協働による個別ケースの支援方針検討や、地域課題の抽出・解決策の協議を行う。迅速な対応が必要な困難事例についてはクイックケア会議を開催し、介護支援専門員への指導・助言を通じて包括的・継続的なケア体制を支援する。	

人口及び認定者数の推移（各年度4月1日時点）

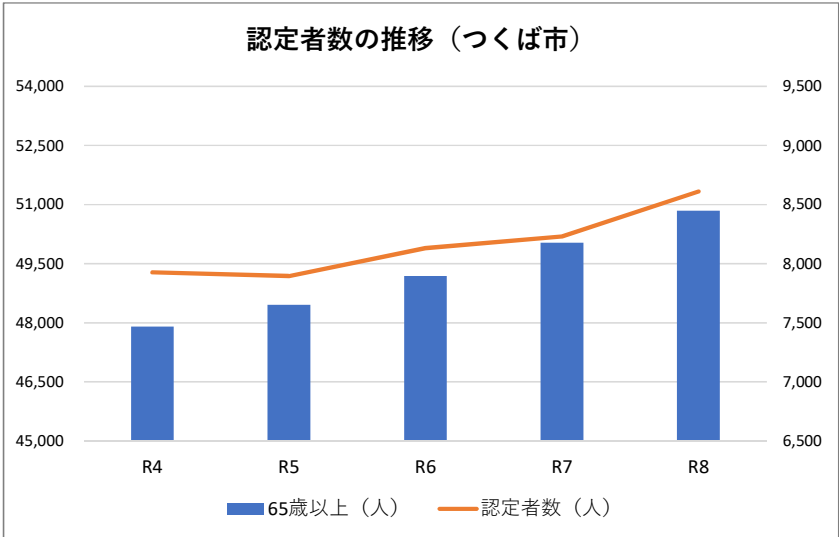
（参考資料）

<つくば市全体>

	人口		
	総人口（人）	65歳以上（人）	高齢化率（％）
R4	247,399	47,901	19.36
R5	252,286	48,460	19.21
R6	254,949	49,192	19.29
R7	258,951	50,034	19.32
R8	261,933	50,838	19.41

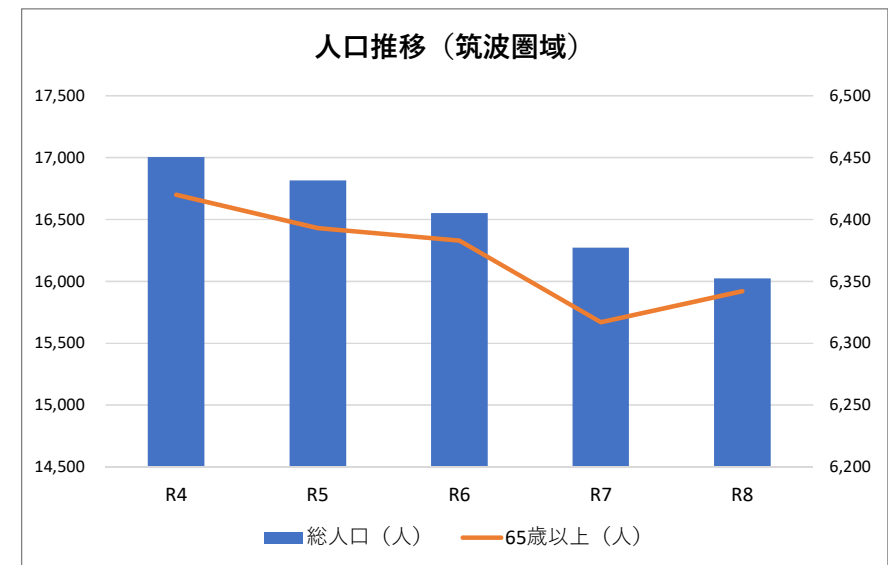


	認定者数		
	65歳以上（人）	認定者数（人）	認定率（％）
R4	47,901	7,927	16.55
R5	48,460	7,895	16.29
R6	49,192	8,131	16.53
R7	50,034	8,230	16.45
R8	50,838	8,610	16.94

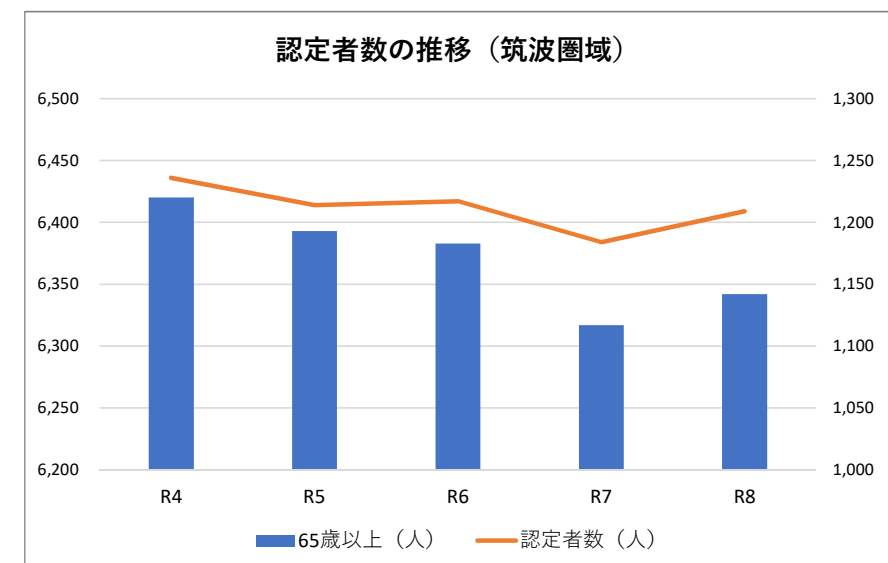


< 筑波圏域 >

	人口		
	総人口（人）	65歳以上（人）	高齢化率（％）
R4	17,005	6,420	37.75
R5	16,814	6,393	38.02
R6	16,552	6,383	38.56
R7	16,274	6,317	38.82
R8	16,023	6,342	39.58

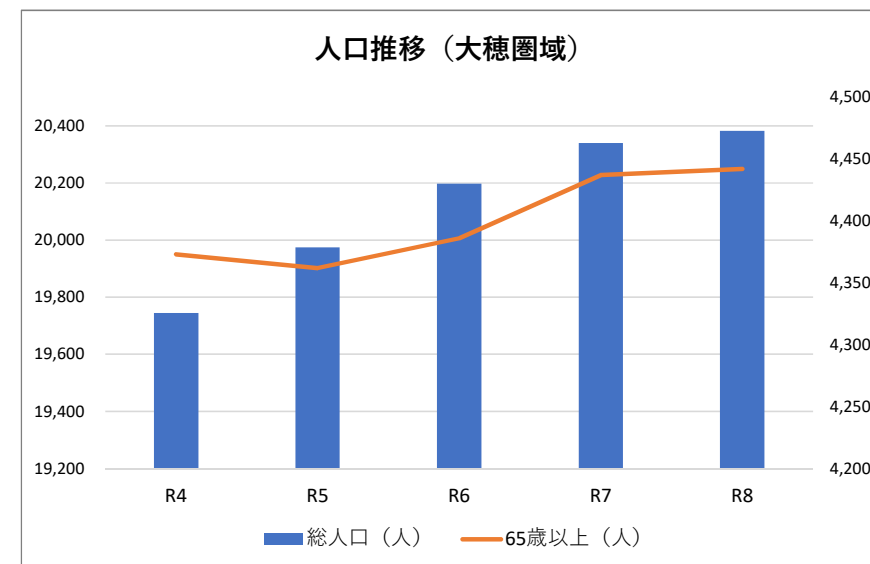


	認定者数		
	65歳以上（人）	認定者数（人）	認定率（％）
R4	6,420	1,236	19.25
R5	6,393	1,214	18.99
R6	6,383	1,217	19.07
R7	6,317	1,184	18.74
R8	6,342	1,209	19.60

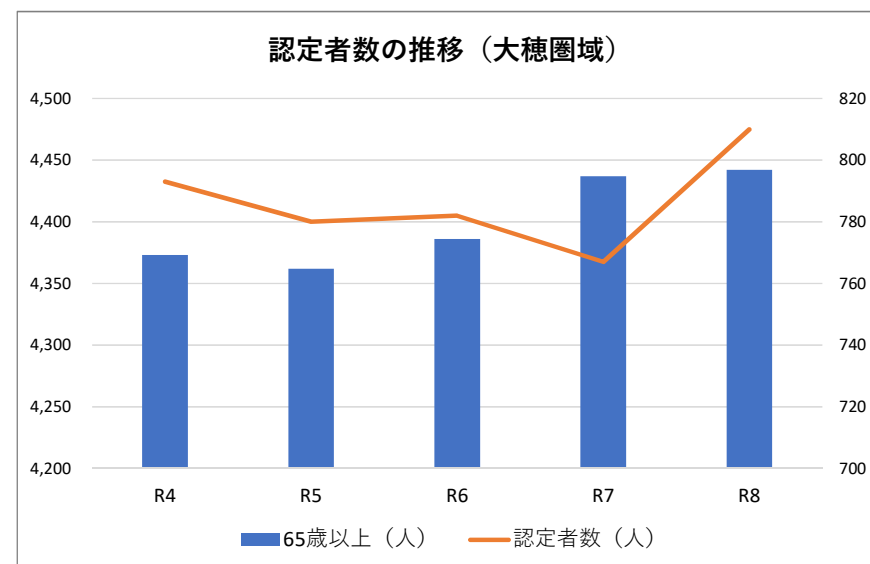


< 大穂圏域 >

	人口		
	総人口（人）	65歳以上（人）	高齢化率（％）
R4	19,745	4,373	22.15
R5	19,974	4,362	21.84
R6	20,197	4,386	21.72
R7	20,339	4,437	21.82
R8	20,382	4,442	21.79

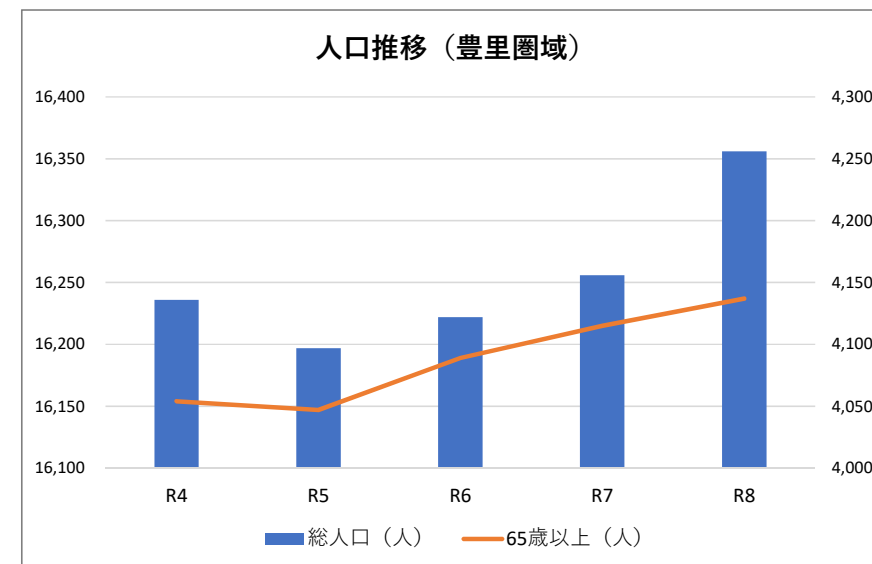


	認定者数		
	65歳以上（人）	認定者数（人）	認定率（％）
R4	4,373	793	18.13
R5	4,362	780	17.88
R6	4,386	782	17.83
R7	4,437	767	17.29
R8	4,442	810	18.24

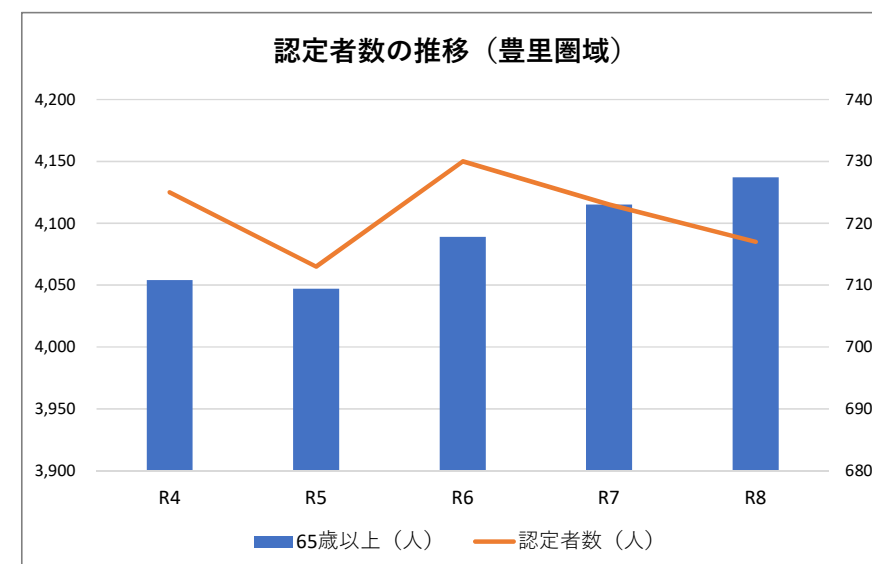


< 豊里圏域 >

	人口		
	総人口（人）	65歳以上（人）	高齢化率（％）
R4	16,236	4,054	24.97
R5	16,197	4,047	24.99
R6	16,222	4,089	25.21
R7	16,256	4,115	25.31
R8	16,356	4,137	25.29

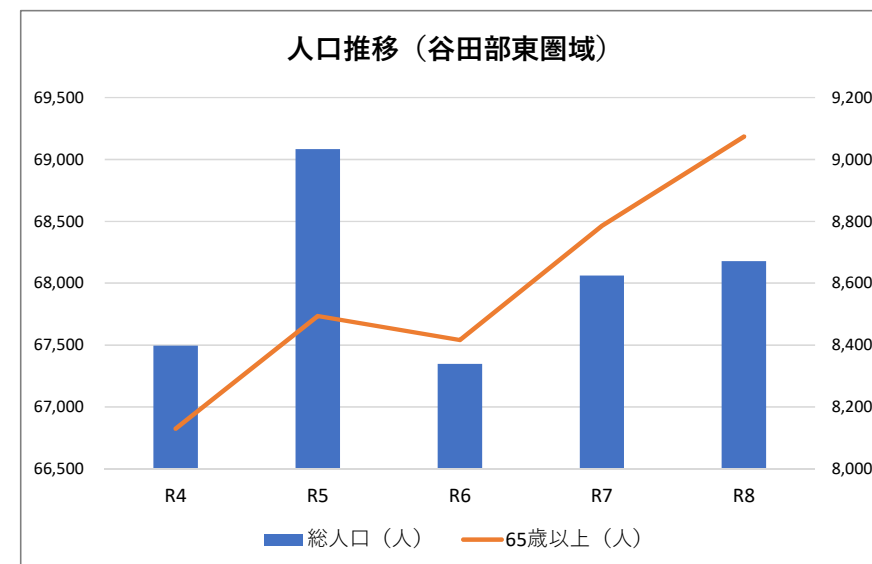


	認定者数		
	65歳以上（人）	認定者数（人）	認定率（％）
R4	4,054	725	17.88
R5	4,047	713	17.62
R6	4,089	730	17.85
R7	4,115	723	17.57
R8	4,137	717	17.33

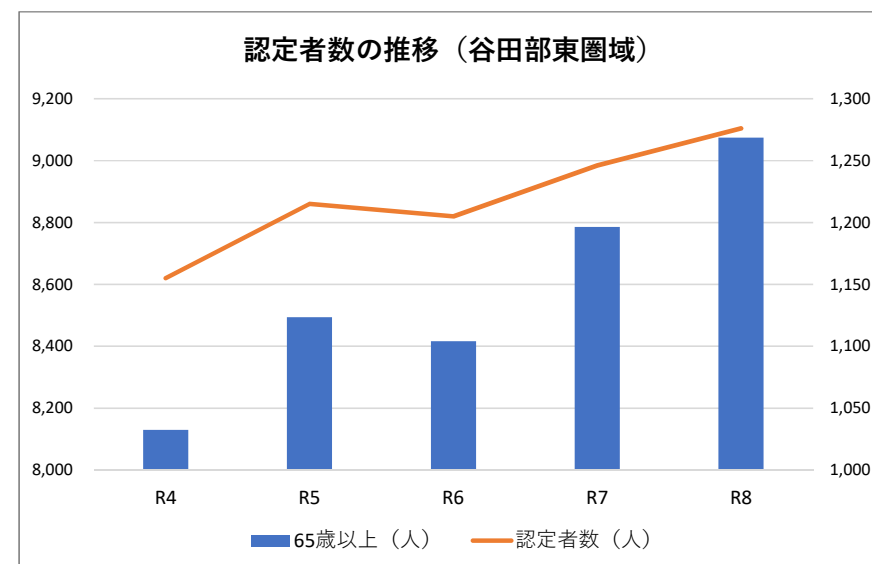


< 谷田部東圏域 >

	人口		
	総人口（人）	65歳以上（人）	高齢化率（％）
R4	67,497	8,130	12.04
R5	69,083	8,494	12.30
R6	67,348	8,416	12.50
R7	68,061	8,786	12.91
R8	68,177	9,074	13.31

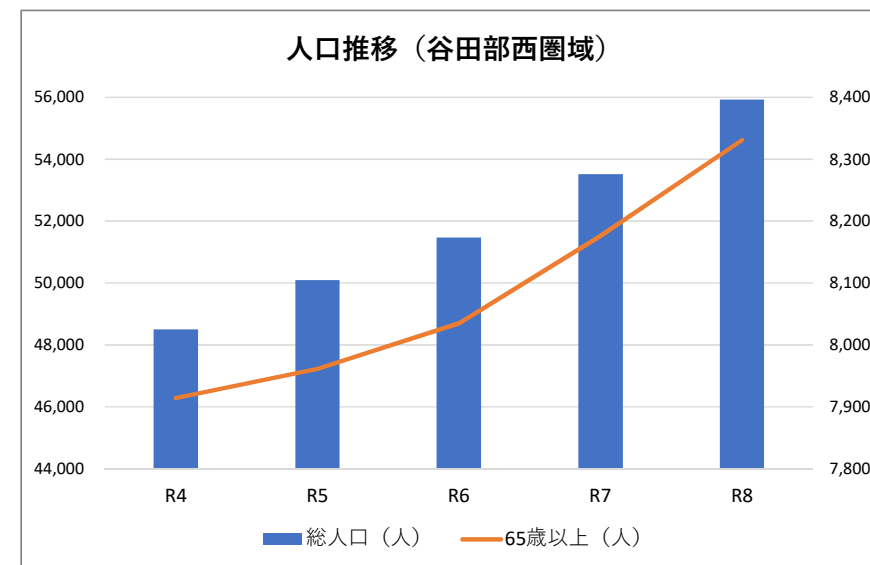


	認定者数		
	65歳以上（人）	認定者数（人）	認定率（％）
R4	8,130	1,155	14.21
R5	8,494	1,215	14.30
R6	8,416	1,205	14.32
R7	8,786	1,246	14.18
R8	9,074	1,276	14.06

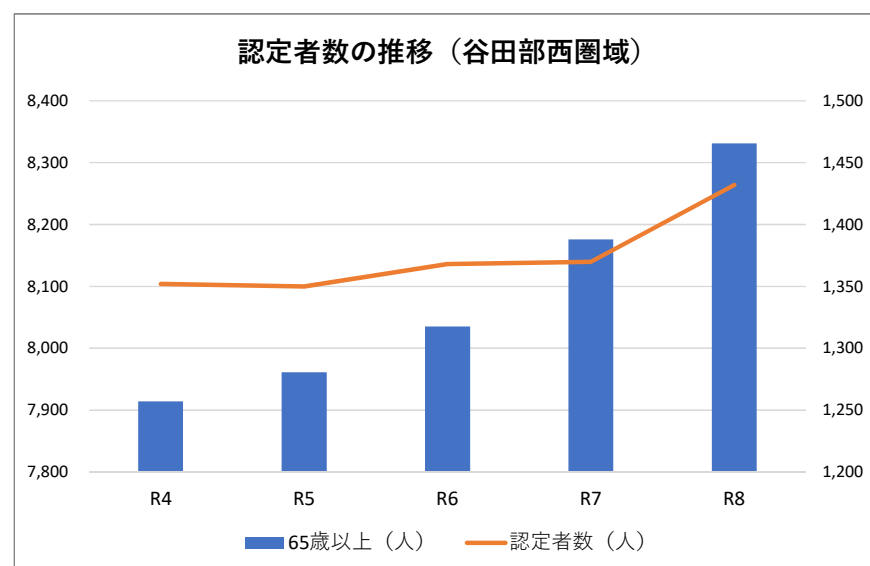


< 谷田部西圏域 >

	人口		
	総人口（人）	65歳以上（人）	高齢化率（％）
R4	48,504	7,914	16.32
R5	50,093	7,961	15.89
R6	51,470	8,035	15.61
R7	53,516	8,176	15.28
R8	55,926	8,331	14.90

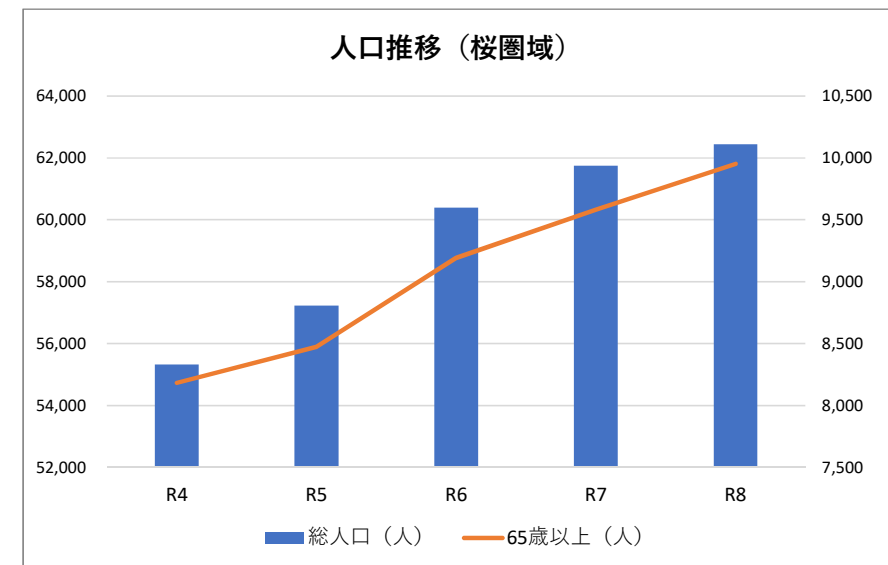


	認定者数		
	65歳以上（人）	認定者数（人）	認定率（％）
R4	7,914	1,352	17.08
R5	7,961	1,350	16.96
R6	8,035	1,368	17.03
R7	8,176	1,370	16.76
R8	8,331	1,432	17.19

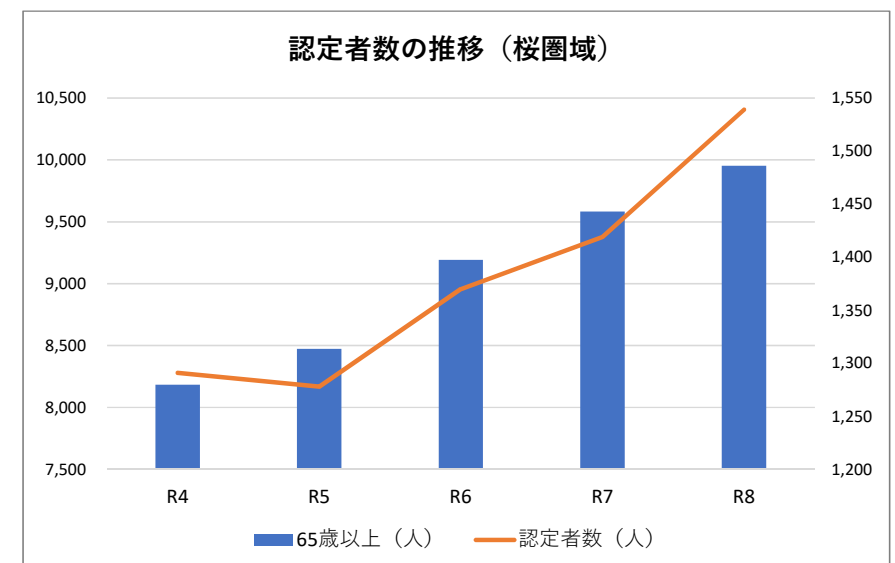


< 桜園域 >

	人口		
	総人口（人）	65歳以上（人）	高齢化率（％）
R4	55,325	8,182	14.79
R5	57,229	8,473	14.81
R6	60,390	9,193	15.22
R7	61,752	9,583	15.52
R8	62,444	9,952	15.94

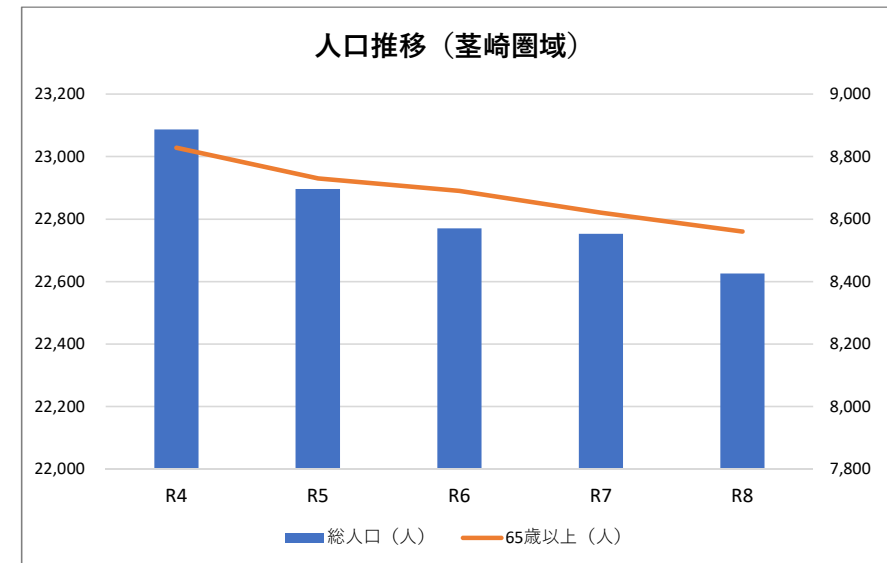


	認定者数		
	65歳以上（人）	認定者数（人）	認定率（％）
R4	8,182	1,291	15.78
R5	8,473	1,278	15.08
R6	9,193	1,370	14.90
R7	9,583	1,419	14.81
R8	9,952	1,539	15.46



< 荳崎圏域 >

	人口		
	総人口（人）	65歳以上（人）	高齢化率（％）
R4	23,087	8,828	38.24
R5	22,896	8,730	38.13
R6	22,770	8,690	38.16
R7	22,753	8,620	37.89
R8	22,625	8,560	37.83



	認定者数		
	65歳以上（人）	認定者数（人）	認定率（％）
R4	8,828	1,259	14.26
R5	8,730	1,236	14.16
R6	8,690	1,334	15.35
R7	8,620	1,393	16.16
R8	8,560	1,488	17.38

